

**GABRIEL FREIRE AMADO DE OLIVEIRA**

**PADRÃO DO USO DE DROGAS DE ABUSO NA COMUNIDADE  
DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

**GABRIEL FREIRE AMADO DE OLIVEIRA**

**PADRÃO DO USO DE DROGAS DE ABUSO NA COMUNIDADE  
DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima  
Professor Orientador: Prof. Dr. Tadeu Lemos**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

## **AGRADECIMENTOS**

**Quero manifestar meus agradecimentos:**

**Ao Professor Orientador, Dr. Tadeu Lemos, pelos valiosos ensinamentos e à equipe do Posto de Saúde de Santo Antônio de Lisboa com seu Conselho de Saúde Mental, pela valiosa oportunidade de interação comunitária e experiência como cidadão.**

**Aos colegas que vêm me acompanhando ao longo da formação médica e pessoal que, sem os quais, certamente tornar-se-iam incompletas.**

**Especial agradecimento ao CIT – Centro de Informações Toxicológicas – e a toda sua equipe pela amizade, conhecimento e efeito decisivo na formação do futuro profissional.**

**Aos familiares e amigos que de alguma forma contribuíram e possibilitaram a realização deste trabalho. Em especial a minha mãe, Lucia F. Hickel, e minhas famílias; aos amigos-colegas Thiago Antônio M.C. dos Santos, Rodrigo P. do Amaral, Fábio N. P. Rudolfo e João R. da Costa Lima; os primos Rogério e Graciela Schmidt. À minha namorada, Renata V.O. Aguiar, pelo sonho que vamos construindo...**

## RESUMO

**Introdução:** As drogas de abuso, desde tempos pré-históricos, servem-se às funções ritual, terapêutica e de abuso, apresentando assim riscos potenciais para o indivíduo e as diferentes sociedades. A comunidade de Santo Antônio de Lisboa tem sido foco de pesquisas e trabalhos de prevenção e promoção da saúde mental realizados junto ao Centro de Saúde local e à UFSC.

**Objetivos:** Conhecer o perfil de consumo de drogas de abuso na referida comunidade; refletir sobre a realidade local considerando os dados obtidos e da literatura e a importância deste conhecimento; contribuir para a geração de uma política atenta ao planejamento de ações de saúde pública eficazes para esta problemática.

**Métodos:** Foi realizado um estudo transversal descritivo exploratório através de visitas domiciliares com 62 questionários aplicados a moradores da região histórica/central do Bairro. Correlacionaram-se diversas variáveis demográficas com o uso destas substâncias, buscando caracterizá-lo em termos de frequência e potenciais prejuízos. Investigou-se a percepção subjetiva dos fatores de risco e proteção para o uso e/ou abuso de drogas.

**Resultados:** O perfil de uso na amostra variou nos períodos conforme diversos aspectos, sendo o tabaco a droga de maior uso frequente (17,74%) e a pinga e a maconha as drogas de maior tendência à recorrência. Os principais fatores protetores foram: “a saúde”, “a ausência de interesse” e o “medo de viciar”.

**Conclusões:** O conhecimento das particularidades da comunidade e seu consumo permitem uma melhor abordagem do problema e minimização dos riscos constituindo importante fonte de dados para o planejamento de políticas públicas em saúde mental nessa população.

## ABSTRACT

**Introduction:** The abuse of drugs, since pre-historic times, has served ritual, therapeutic and abuse functions, presenting potential risks for the individual and to the different societies. Santo Antônio de Lisboa has been the focus of research and work on prevention and the promotion of mental health in conjunction with the local Health Centre and UFSC (Federal University of Santa Catarina - Brazil).

**Objectives:** To identify the profile of drug consumption and abuse in the community aforementioned (Santo Antônio de Lisboa); to reflect over the local situation, considering the data obtained, the literature and the importance of this knowledge; to contribute to the generation of a policy which takes into consideration the planning of efficient public health actions for this problem.

**Methods:** A transversal, descriptive, exploratory survey was carried out, through home visits, with 62 questionnaires given to residents of the historical and central region of the borough. Several demographic variables were co-related to the use of these substances, trying to characterize it in terms of frequency and potential losses. The subjective perception of the risk factors and protection for the use and/or abuse of drugs was investigated.

**Results:** The profile of use in the sample varied in periods depending on several aspects, tobacco being the most frequently used (17.74%), and "cachaça" and *cannabis* the drugs with the highest tendency of reoccurrence. The main protective factors were; "health", "absence of interest" and the "fear of addiction".

**Conclusions:** The knowledge of the particularities of the community and its consumption permits a better approach to the problem and minimization of risks. This constitutes an important source of data for the planning of public policy in mental health for this population

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Distribuição por Gênero na Amostra.....	20
<b>Figura 2</b> - Distribuição por faixa etária (não se aferiu a idade de 15 entrevistados).....	20
<b>Figura 3</b> - Distribuição por Grupos étnicos .....	21
<b>Figura 4</b> – Estado Civil.....	21
<b>Figura 5</b> – Com quem vive .....	22
<b>Figura 6</b> - Escolaridade.....	22
<b>Figura 7</b> – Atividade.....	23
<b>Figura 8</b> - Religião.....	23
<b>Figura 9</b> – Classificação Sócio-econômica .....	24
<b>Figura 10</b> – Uso de Drogas de Abuso.....	29
<b>Figura 11</b> – Distribuição das Drogas de Abuso por Classe .....	30
<b>Figura 12</b> – Uso de Drogas em Geral relacionado ao período anterior. ....	38
<b>Figura 13</b> – Uso de Drogas de Abuso por Classe em relação ao período anterior .....	39
<b>Figura 14</b> – Uso de Bebidas Alcoólicas em relação ao período anterior.....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do uso de Drogas de Abuso em Geral nas categorias Lícitas e Ilícitas. (n=55) .....	24
Tabela 2. Distribuição do uso de Drogas de Abuso por Grupo. (n=55).....	25
Tabela 3. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionada ao sexo. ....	25
Tabela 4. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à idade.....	26
Tabela 5. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado ao grupo étnico .....	26
Tabela 6. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado ao estado civil. ....	27
Tabela 7. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado às pessoas com quem se vive..	27
Tabela 8. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à escolaridade.....	28
Tabela 9. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à classe social.....	29
Tabela 10. Avaliação do uso de cigarros relacionado à amostra (n=62) e fumantes nos diferentes períodos. ....	30
Tabela 11. Avaliação do uso de álcool relacionado à amostra (n=62).....	31
Tabela 12. Avaliação do uso de bebidas alcoólicas relacionadas à amostra. (n=62) .....	31
Tabela 13. Avaliação do uso de solventes relacionados à amostra. ....	32
Tabela 14. Avaliação do uso de maconha/haxixe relacionados à amostra. (n=62).....	32
Tabela 15. Motivos porque parou de usar ou nunca usou alguma droga ilícita (n=8) .....	33
Tabela 16. Motivos porque nunca usou droga ilícita (n=54).....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
ADH	AntiDiuretic Hormone, Hormônio Antidiurético
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA / US	Estados Unidos da América
IML	Instituto Médico Legal
IV	Intra-Venoso
LSD	Dietilamina do Ácido Lisérgico
MDMA	Metilenodioximetanfetamina
MDA	3,4 Metilenodioxianfetamina
MDEA	outro enantiômero do MDMA
OMS	Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo



## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTA DE FIGURAS .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	viii
SUMÁRIO .....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.2. Classificações .....	3
1.1 As Drogas de Abuso.....	5
1.1.1 Álcool .....	5
1.1.2 O Tabaco .....	7
1.1.3. Solventes e Inalantes .....	9
1.1.4. Cocaína/Crack .....	10
1.1.5. Maconha .....	11
1.1.6.1 Êxtase .....	12
1.1.6.2 Outras Drugs.....	14
3 OBJETIVO .....	17
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Casuística .....	18
4.2 Critérios de Inclusão.....	18
4.3 Critérios de Exclusão.....	18
4.4 Procedimentos .....	18
4.5 Aspectos Éticos .....	19
5 RESULTADOS .....	20
5.1 Análise demográfica da amostra.....	20
5.2 Análise de Drogas de Abuso .....	24
6 DISCUSSÃO.....	35
Sobre o uso de drogas.....	37
7 CONCLUSÕES .....	41

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
Normas adotadas .....	44
ANEXOS .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias pelo efeito psicotrópico remonta a tempos pré-históricos. O termo droga provavelmente teve sua origem na palavra *droog* de um dialeto holandês no qual significa folha seca; o que se explica pelo fato de antigamente a maioria dos medicamentos serem feitos de plantas.<sup>1, 6</sup>

Notamos que, de maneira geral, as drogas têm sido utilizadas nas diferentes sociedades com as seguintes funções: ritual, terapêutico e abuso – o que em certas épocas passa a requerer um controle legal rígido pelo seu potencial risco ao indivíduo e à sociedade.<sup>2</sup>

Os primeiros indícios do uso de substâncias com o objetivo de alterar o estado de consciência datam de 10.000 anos a.C., quando os homens pré-históricos utilizavam o cogumelo amanita muscaria em busca de seus efeitos alucinógenos.<sup>7</sup> Este mesmo cogumelo foi usado na preparação de poções com função ritual em diversas civilizações: “soma” na Índia, “baoma” na antiga Pérsia (atual Iran) e “ambrósia” na Grécia. Os gregos antigos a adicionavam ao vinho em seus rituais e festas, buscando os efeitos alucinógenos.<sup>8</sup>

Muitas destas substâncias também apresentaram potencial **terapêutico** explorado em outras épocas. A coca, *erythroxylon coca*, tem seu uso documentado em escavações arqueológicas do Peru e Bolívia que datam de mais de 4500 anos.<sup>1</sup> Era usada pelos nobres das civilizações andinas pré-colombianas. Seu uso terapêutico foi defendido por S. Freud em seu livro *Uber Coca* de 1884. Porém mais tarde, em 1892, o autor vem a publicar uma revisão do livro, alterando seu ponto de vista; a mudança de paradigma surge quando o autor começa a notar as inúmeras complicações decorrentes do uso e **abuso** da droga.<sup>9</sup>

O agente anestésico Ketamina, por possuir efeitos alucinógenos, vem sendo associada a outras substâncias denominadas “*club drugs*” nas festas em clubes e casas noturnas. Sua utilidade terapêutica foi restringida aos centros cirúrgicos por gerar alteração comportamental com risco significativo de uso **abusivo** e dependência.<sup>10</sup>

Hoje o termo **droga** é definido como qualquer substância química capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas e/ou comportamentais.<sup>11</sup> As drogas, cientificamente estudadas são denominadas **fármacos**. Estes podem vir a ser medicamentos ou não. Daí faz-se importante definir alguns termos:

**Medicamento** é todo fármaco com utilidade terapêutica cientificamente comprovada. Importante diferenciar de **remédio** que é tudo aquilo, medicamento ou não, usado em busca do

alívio de um sinal ou sintoma, por exemplo, imposição de mãos (*reiki*), musicoterapia, cura espiritual etc. **substância psicoativa** é toda droga que age no sistema nervoso central (SNC) alterando o seu funcionamento, o comportamento e a cognição. **substância psicotrópica**, por sua vez, é toda substância psicoativa que possui *propriedade reforçadora*, levando potencialmente a dependência. As substâncias psicoativas estudadas na farmacologia passam a ser denominadas **psicofármacos**.<sup>12</sup>

As substâncias psicotrópicas têm seu potencial de levar ao abuso, e conseqüentemente dependência, relacionado à sensação agradável de bem-estar que estas produzem inicialmente. O atual entendimento atribui este efeito psicotrópico ou reforçador a uma ação direta ou indireta na **via dopaminérgica mesocorticolímbica**. Trata-se de uma via de neurotransmissão formada por neurônios dopaminérgicos que se originam na área tegmental ventral do mesencéfalo e se dirigem para o núcleo *accumbens* e córtex pré-frontal, áreas relacionadas com prazer e à tomada de decisões. Esta via é também conhecida como via reforçadora, do prazer e ou satisfação constituindo-se no sistema de recompensa cerebral, sendo ativada em diferentes situações de prazer.<sup>13</sup>

Quando há interrupção do uso continuado de uma droga, podem ocorrer sinais e sintomas que caracterizam uma **síndrome de abstinência**. Se o cérebro desenvolve uma maior sensibilidade a determinados efeitos de uma droga, diz-se que ocorreu **sensibilização**, considerada um processo adaptativo. A **tolerância** consiste na necessidade de doses crescentes de uma droga para se obter o efeito produzido pelo uso inicial, aumentando significativamente o risco de **dependência**<sup>1</sup>. Pode ser relacionada a mecanismos funcionais, envolvidos no contexto do uso ou abuso, e metabólicos. Diversos mecanismos como a metabolização hepática (farmacocinética) ou a estimulação de uma via neuronal e tecidos específicos (farmacodinâmica), muitas vezes explicam o desenvolvimento de *tolerância cruzada* a diferentes drogas.<sup>12</sup>

Medicamentos psicoativos são utilizados por diversas especialidades médicas, em especial pela psiquiatria e pela neurologia. Entre os psicofármacos muitas vezes prescritos, há substâncias que apresentam importante ação reforçadora<sup>2</sup> e que, por isso, podem causar dependência. Como alguns exemplos temos as anfetaminas anorexígenas, os ansiolíticos benzodiazepínicos, os analgésicos opióides, antimuscarínicos relaxantes musculares de ação central. Tais drogas podem ser utilizadas de forma não-terapêutica assemelhando-se então,

---

<sup>1</sup> Vide **Classificações**

<sup>2</sup> E, portanto, psicotrópica.

quanto ao padrão de uso, às demais drogas de abuso (**legais** ou **ilegais**) como o álcool, tabaco, maconha, cocaína, solventes, entre outras.<sup>10</sup>

## 1.2. Classificações

Conforme proposto por Chalout em 1971, as drogas podem ser classificadas, considerando a atividade no Sistema Nervoso Central, em: **depressoras**, **estimulantes** e **perturbadoras ou alucinógenas**.<sup>11, 14</sup>

As drogas **depressoras** diminuem a atividade mental reduzindo a tensão emocional, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual, podendo produzir depressão do nível de consciência desde a sedação até a morte. Temos como exemplos: o álcool (maior representante do grupo), os barbitúricos (fenobarbital), os opióides (morfina) e os solventes inalantes (lança-perfume).<sup>11</sup>

As drogas **estimulantes** levam a aumento da atividade do SNC fazendo que o cérebro funcione de forma mais acelerada inibindo sensações de cansaço físico ou sono e levando a excitação e aumento da atividade. Exemplos desta classe são: o tabaco, as anfetaminas e a cocaína.<sup>11</sup>

As drogas **perturbadoras**, também conhecidas como alucinógenas, afetam as percepções, alterando qualitativamente o funcionamento do cérebro, o que leva a intensas experiências alucinatórias e delirantes (*viagens*), sem entretanto deprimir ou estimular de forma importante a função cerebral. Algumas vezes são responsáveis por precipitar quadros psiquiátricos de difícil controle. As *viagens* dependem muito do estado emocional de base do indivíduo, caracterizando as boas ou más experiências alucinatórias devidas ao uso destas drogas. Exemplos desta classe são: maconha, mescalina, ketamina, psilocibina, LSD, êxtase, etc.<sup>11</sup>

Para delinear melhor o perfil do uso, além da classificação das substâncias, podemos utilizar as classificações segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), segundo a CID-10 (Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição) e de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição. (DSM-IV).

A caracterização do consumo de uma substância em **uso**, **abuso** ou **dependência** relaciona-se à dosagem e frequência e ao potencial de gerar prejuízo. Assim, **uso** refere-se ao padrão de consumo que teoricamente não produz consequências prejudiciais, **abuso** refere-se à utilização de qualquer droga em dosagem e frequência potencialmente produtora de consequências prejudiciais, e **dependência** é o termo médico que se refere à necessidade

compulsiva do uso de uma droga com perda do controle sobre a frequência e a quantidade de administração.<sup>1</sup>

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o nível de consumo necessário para caracterizar dependência deve incorrer em pelo menos três dos seguintes sinais e sintomas, ao longo do último ano<sup>15</sup>:

1. Forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
2. Consciência subjetiva de dificuldade na capacidade de controlar a ingestão da droga (início, término ou nível de consumo);
3. Estado fisiológico de abstinência;
4. Evidência de *tolerância*;
5. Negligência progressiva de outros prazeres e interesses;
6. Persistência do uso apesar dos evidentes prejuízos;

Ainda de acordo com critérios da OMS, o **uso** pode ser classificado em **uso na vida, uso no ano e uso no mês ou recorrente**; ou ainda, conforme a frequência/intensidade, em **uso freqüente, uso de risco e uso prejudicial**. O uso freqüente consiste no uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias. O uso de risco consiste em padrão de uso que implique em alto risco de dano à saúde física ou mental, mas ainda sem ter resultado em patologia (orgânica ou psicológica). Uso prejudicial consiste em padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.<sup>15</sup>

Bertolote define os seguintes padrões, sem correspondentes nas classificações CID-10 e DSM-IV<sup>14</sup>: O **uso experimental**, que consiste nos primeiros poucos episódios de uso, infreqüentes ou não persistentes; **uso recreativo**, que ocorre em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicação de outros problemas relacionados (exceto a ilicitude); **uso controlado**, que refere-se à manutenção do uso regular não compulsivo e sem interferência no funcionamento habitual do indivíduo; e **uso social**, usado muitas vezes de forma imprecisa para indicar outros padrões, consiste no uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável.<sup>16</sup>

A CID-10 também traz a definição de **uso nocivo** como “modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde.”, podendo as complicações serem físicas ou psíquicas. Consiste, ainda de acordo com a definição, em “abuso de uma substância psicoativa”. Esta classificação engloba nas categorias entre as categorias F10 a F19 os Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas.<sup>17</sup>

De acordo com o DSM-IV, existem dois grupos de Transtornos Relacionados a Substâncias: os Transtornos por Uso de Substância (Dependência e Abuso induzidos por

Substância) e Transtornos Induzidos por Substância (Intoxicação, Abstinência, *Delirium*, Demência Persistente, Transtorno Amnésico Persistente, Transtorno Psicótico, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Disfunção Sexual e Transtorno do Sono induzidos por Substâncias. Dentro deste manual, substância pode ser entendida como uma **droga de abuso**, um **medicamento** ou uma **toxina** e os critérios para Dependência consistem em “Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) critérios, semelhantes aqueles citados no CID 10, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período de 12 meses.”<sup>18</sup>

A classificação dos indivíduos conforme o uso também pode ser feita pelo padrão de uso em: **não-usuário**, **usuário leve**, **usuário moderado** e **usuário pesado**. **Não-usuário** corresponde aquele que nunca usou drogas; **usuário leve** é o que utilizou em frequência menor do que uma vez por semana; **usuário moderado** utilizou semanalmente, mas não todos os dias do último mês; e, finalmente, **usuário pesado** é aquele que utilizou drogas diariamente durante o último mês.<sup>15</sup>

## 1.1 As Drogas de Abuso

As drogas com potencial de abuso são popularmente conhecidas por seu caráter lícito ou ilícito; entretanto existem diversas substâncias cuja comercialização é legalizada para outros fins que não o psicotrópico. Tem-se como exemplos: os solventes, utilizados como produtos químicos industriais, os derivados da morfina vendidos sob prescrição médica como analgésicos ou mesmo os benzodiazepínicos, cujo uso sem receita vem se tornando dia-a-dia mais frequente.

Vamos detalhar as drogas mais consumidas em nosso país.: Álcool, Tabaco, Solventes, Maconha, Cocaína e Êxtase.<sup>10, 11, 13</sup>

### 1.1.1 Álcool

O consumo do álcool pelo ser humano data de aproximadamente 6000 a.C. Nos início, as bebidas continham um baixo teor de álcool, por dependerem especificamente do processo de fermentação. Com o processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, novos tipos de bebidas alcoólicas surgiram, passando a ser utilizadas em sua forma destilada. A partir da Revolução Industrial, houve um aumento na oferta e consumo desse tipo de bebida, o que contribuiu para aumentar o número de pessoas com algum tipo de problema decorrente do uso excessivo do álcool.<sup>10</sup>

Esta é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu uso admitido e incentivado pela sociedade, sendo este um dos motivos por que, comparado a outras drogas, é encarado de forma

diferenciada. Apesar da aceitação social, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas passa a ser um problema.

O álcool tem sido usado por jovens e adultos, sendo responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e aparecendo em 70% dos laudos cadavérico das mortes violentas. A dependência de álcool acomete 10-12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros<sup>19</sup>.

Evidências mostram que o uso de bebida alcoólica aumenta o risco de óbito entre adolescentes e adultos jovens, tanto homens como mulheres, numa relação dose dependente na faixa etária entre 16 e 34 anos. Entretanto, há associação entre redução da mortalidade e do aparecimento de doenças cardiovasculares, e consumo controlado de álcool.<sup>20, 21</sup>

O álcool é um depressor do SNC; desinibição comportamental e uma euforia manifesta por descontração, extroversão e sensação de relaxamento estão entre os efeitos iniciais buscados pelos jovens e adultos usuários. Estes são decorrentes do processo de depressão da atividade do SNC. 65% dos estudantes de ensino fundamental e médio entrevistados pelo CEBRID consomem bebidas alcoólicas, sendo que 50% destes iniciaram uso entre 10-12 anos.<sup>22</sup>

Usado pelos adolescentes como agente socializador, gerando desinibição que acaba por estimular o uso esporádico de grande quantidade (*binge*). Tal padrão de consumo deixa o usuário mais sensível à fase estimulante ou euforizante e mais tolerante à fase depressora; maior impetuosidade e agressividade o que leva a assumir atitudes de risco sem noção da gravidade – dirigir embriagado e transar sem camisinha. Deixa assim o jovem mais exposto a acidentes à violência e ao risco de contrair DST's.

A legislação brasileira permite o uso de aproximadamente 350 mL de cerveja, 120 ml de vinho e 40 ml de uísque e o tempo de metabolização destas é de 60-90 minutos. Adequadamente, o consumo de álcool deve se medido em unidades, sendo que cada unidade de álcool corresponderia a 10g de álcool numa solução qualquer.

O mecanismo de ação é complexo e inclui aumento da permeabilidade das membranas celulares e ação nos seguintes sistemas de neurotransmissão: gabaérgico, potencializando a ação GABA (principal neurotransmissor inibitório); glutamatérgico, bloqueando a ação do glutamato (principal neurotransmissor excitatório) em seu receptor NMDA; estimula o sistema dopaminérgico (via de reforço ou recompensa), e estimula o sistema opióide (analgesia) entre outros.<sup>11</sup>

As complicações relacionadas ao consumo de álcool devem-se tanto ao uso agudo quanto crônico. Os efeitos variam de acordo com as características pessoais. Também é importante notar que comorbidades psiquiátricas são comuns nos indivíduos com problemas relacionados ao



álcool. Portanto, alguns dos efeitos do uso de álcool em altas doses pode, além da descontração normal proporcionada pelo álcool, decorrer da desinibição que a droga causa em outras vias.

A intoxicação aguda geralmente aparece após duas ou mais doses e caracteriza-se por: alterações do humor que vão desde a euforia, o comportamento inconveniente com irritabilidade, e/ou mesmo agressividade após desânimo e apatia. Há aumento da sensação de autoconfiança, alteração da percepção e capacidade de julgamento; diminuição da atenção, reflexos e capacidade motora; diplopia; tontura e sonolência, náuseas e vômitos e até coma com parada cardiorespiratória óbito.

A intoxicação crônica ou uso repetido por longos períodos, típico dos alcoólatras, há prejuízo “cognitivo”: perda da memória, confusão mental e demência; lesões orgânicas: gastrite, esofagite de Mallory Weiss, pancreatite, hepatite e cirrose; deficiência das vitaminas, principalmente do complexo B, e desnutrição protéico calórica muitas vezes por baixa procura por alimentos. Ocorre perda de massa muscular e dores musculares, principalmente nas pernas. Altera das hemácias e da coagulação do sangue, bem como há risco de queda das defesas imunológicas, predispondo a infecções (pneumonia aspirativa, tuberculose etc).

Interrupção súbita do uso crônico leva à síndrome de abstinência alcoólica, caracterizada por irritabilidade, tremores, confusão mental, *delirium tremens* (alucinações, convulsões, desorientação e agitação psíquica). Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças, as mais frequentes são relacionadas ao fígado, problemas do aparelho digestivo e do sistema cardiovascular.

O consumo de álcool durante a gestação pode trazer conseqüências ao feto. Cerca de um terço dos bebês, que tiveram mães dependentes do álcool durante a gestação são afetados pela “síndrome fetal do álcool”, apresentado sinais de irritação, dormem e mamam pouco, além de apresentarem tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência). As crianças afetadas e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas mentais e físicos que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso

### 1.1.2 O Tabaco<sup>11</sup>

A nicotina, extraída do tabaco (*Nicotina tabacum*), é uma substância estimulante da atividade do SNC. Há relatos de que o tabaco é utilizado desde o ano 1000 a.C. em rituais por indígenas da América Central, com fins curativos e até para demonstração de ostentação (nos charutos). Inicialmente usava-se o tabaco em cachimbos, depois houve a moda de aspirar rapé, charutos e, apenas por volta de 1840 tem-se registro de homens e mulheres fumando cigarros, cujo consumo expandiu-se após a Primeira Guerra Mundial.<sup>6, 14</sup>

Os cigarros foram inventados pelos espanhóis sendo inicialmente usados pelos pobres. Avanços no processamento do tabaco fizeram um cigarro menos alcalino e menos irritante, de melhor qualidade e mais caro, restringindo-se aos mais ricos. Com a máquina de produzir cigarros em 1884, a Primeira Guerra Mundial, e com a ajuda das novas técnicas de publicidade e marketing o uso do cigarro espalhou-se por todo o mundo do séc. XX.

Até 1900 o câncer de pulmão era quase curiosidade científica. Entre 1930 e 1950 as taxas de doenças normalizadas por idade subiram três vezes e em 1980 elas eram *oitenta* vezes maiores do que em 1940.

Em 1964 o Surgeon General norte-americano publicou um relatório revisando a literatura e estabelecendo o fato de que os cigarros fazem mal à saúde. Como resposta à diminuição do uso em países mais desenvolvidos, a indústria do tabaco investiu naqueles grupos em que o consumo era menor, especialmente mulheres. Hoje a estratégia parece ser diferente e 80% dos fumantes residem em países de renda média ou baixa. Estima-se que cerca de 35 milhões de pessoas fumem no Brasil.

Hoje existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não-fumante exposto à fumaça do cigarro. O fumante expõe-se a mais de 400 substâncias tóxicas, entre elas o monóxido de carbono, alcatrão e a nicotina, principal responsável pela dependência.

A nicotina absorvida pelos pulmões, chega ao cérebro em 9 segundos e atua sobre os receptores nicotínicos do sistema de neurotransmissão colinérgica, simulando a acetilcolina. Acetilcolina modula atividade do sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico, bem como o hipocampo (estimulando atenção e desempenho mental) e formação reticular (estimulando o estado de alerta).

Entre os efeitos tóxicos agudos provocados pela nicotina, destacamos: náuseas, dores abdominais, diarreia, vômitos, cefaléia, tontura, bradicardia (efeito local) e fraqueza. No sistema digestivo, provoca diminuição da motilidade gástrica, dificultando a digestão. Há ainda, vasoconstrição, aumento da pressão arterial, frequência (efeito central) e força dos batimentos cardíacos, da frequência respiratória da atividade motora.

Dentre os efeitos buscados pelos usuários destacam-se: aumento do estado de alerta, atenção e desempenho psicomotor – especialmente sob condições de estresse –, diminuição do apetite (anoréxico) e um suposto “relaxamento” (falsa sensação decorrente da diminuição do tônus muscular). É considerada estimulante *leve* do SNC.

Entretanto, o uso intenso e constante leva a um comprometimento funcional de todos os sistemas orgânicos, aumento da chance de: bronquite, enfisema pulmonar, infarto do miocárdio,

hemorragia cerebral, úlcera digestiva, e câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago etc.).

A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência provocado pelo uso do tabaco. A síndrome de abstinência à nicotina caracteriza-se por: fissura (desejo incontrolável de uso), irritabilidade, agitação e ansiedade (daí o efeito saciador e “calmante” do fumante), dificuldade de concentração, sensação de incapacidade com o estresse, sudorese, tontura, insônia e cefaléia.

Na gestação, o feto recebe as substâncias tóxicas do cigarro através da placenta, o que pode levar a taquicardia fetal, restrição de crescimento, alterações neurológicas; aumentando assim o risco de abortamento espontâneo e de outras complicações na gestação. As mesmas substâncias são transmitidas ao recém-nascido através do aleitamento.

O hábito de fumar é muito freqüente na população, pesquisas da OMS<sup>13</sup> indicaram como principais fatores predisponentes ao uso do cigarro: pressão exercida pelos amigos, papel da mídia e companhias tabagistas, contato precoce na família. Três em cada quatro fumantes desejam ou já tentaram parar de fumar; ocorrendo êxito em menos da metade.<sup>11</sup> A propaganda que associa o cigarro a pessoas bem sucedidas é um dos principais fatores que estimulam o uso do cigarro. Por outro lado, os programas de controle do tabagismo vêm recebendo um destaque cada vez maior em diversos países, ganhando apoio de grande parte da população.<sup>14</sup>

### **1.1.3. Solventes e Inalantes<sup>11</sup>**

Solventes são substâncias do grupo químico dos hidrocarbonetos, voláteis e inflamáveis muitas vezes utilizadas como produtos químicos domiciliares ou industriais. Temos como exemplos deste grupo: acetona, benzila, cola de sapateiro e outras colas, aguarrás, gasolina, removedores de tinta, esmalte, lança-perfume (cloreto de etila), “loló” (Clorofórmio, éter), fluido de isqueiro, laquê e tintas em geral. Todos são depressores do SNC. Tais substâncias podem ser aspiradas tanto involuntariamente quanto voluntariamente.

A inalação “no mundo” ocorre mais em países subdesenvolvidos, geralmente em populações de países industrializados marginalizadas sócio-economicamente como por exemplo indígenas, hispânicos norte-americanos, e meninos de rua.

No Brasil, o chamado “cheirinho”, “loló”, ou também conhecido como “cheirinho da loló”, trata-se de um preparado clandestino a base de clorofórmio mais éter que, quando não encontradas as duas substâncias, substitui-se por misturas de composição desconhecida que complicam o manejo dos casos de intoxicação. O n-hexano, muito usado em colas, constitui-se em substância muito tóxica para os nervos periféricos, produzindo degeneração progressiva, a

ponto de causar transtornos no andar até à paralisia. Outro produto que se faz importante chamar a atenção, é o lança-perfume, à base de cloreto de etila ou cloretila, cuja fabricação é proibida no Brasil mas é contrabandeada de outros países sul-americanos.

O início dos efeitos surge de segundos a minutos após a inalação e desaparecem em 15 a 40 minutos; sendo assim o usuário repete várias vezes a inalação para que os efeitos se prolonguem. Seus mecanismos de ação não são bem conhecidos, mas acredita-se deverem-se a aumento de permeabilidade em membranas.

Os efeitos agudos dos solventes diferenciam-se dos do álcool, de maneira geral, pelo fato de produzirem alucinações e são divididos em cinco fases (abaixo), havendo predomínio da depressão central. A sensibilização cardíaca à adrenalina, produzida pelos solventes, gera um cronotropismo positivo que, quando a inalação ocorre logo após esforço físico, há maior risco de sofrimento miocárdico.

1. fase excitação: euforia, tontura, perturbações auditivas e visuais, náuseas, espirros tosse, salivação e face avermelhada (rubor facial)
2. fase depressão leve: confusão mental, desorientação, voz pastosa, visão turva, perda do autocontrole, dor de cabeça, palidez, delírios auditivos
3. fase depressão moderada: redução do estado de alerta, incoordenação ocular e da marcha, inibição dos reflexos motores, fala enrolada e alucinações
4. fase depressão profunda: inconsciência, delírios, convulsões e morte.
5. Aumenta a sensibilidade cardíaca à adrenalina – risco de infarto (Prinzmetal)
6. toxicidade medular, rins, fígado e nervos periféricos.

A aspiração repetida, crônica, dos solventes pode levar à destruição neuronal, causando atrofia corticais e cerebelares, déficit cognitivo e ataxias irreversíveis. Usuários crônicos apresentam-se apáticos, com dificuldade de concentração e déficit de memória.

Outros efeitos a longo prazo incluem lesão da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os nervos. A existência de alguma impureza o benzeno, mesmo que pequena, pode levar à diminuição de produção de glóbulos brancos e vermelhos pelo organismo.

#### **1.1.4. Cocaína/Crack<sup>11</sup>**

Conhecida como *Epadu* pelos índios brasileiros, os povos andinos ainda hoje usam as folhas da coca como revigorante e para eliminar a fome. Originou, no século XIX na cocaína, um dos mais poderosos estimulantes do SNC. Anestésico local que chegou a ser prescrito por

Freud como ansiolítico e antidepressivo. Conhecida como “ouro branco” dos narcotraficantes, por seu alto poder de causar dependência, constituiu-se num importante problema de saúde no início do séc. XX nos EUA, quando ocorreu verdadeira epidemia dependentes.

A farmacocinética da droga, nas suas diferentes apresentações, faz com que, quando fumada na forma de pasta (merla) os efeitos ocorram em poucos segundos até meia hora. Na forma de pó ou microcristais (cloridrato de cocaína), quando aspirada leva a efeitos em três minutos, e quando injetada na veia, trinta a sessenta segundos podendo durar até uma hora. Na forma sólida ou em pedra (cloridrato de cocaína mais bicarbonato), o “*crack*” é fumado em cachimbos levando a efeitos intensos e fugazes em dez a quinze segundos podendo manter-se por até a cinco minutos.

A farmacodinâmica da substância constitui-se em potencializar, pela inibição da captação 1 de catecolaminas, a ação da dopamina, noradrenalina e serotonina no cérebro. Os efeitos desejados são um intenso prazer com sensação de poder e euforia. Causa, entretanto, hiperatividade, insônia e inibição do apetite. Comportamento violento com irritabilidade, tremores e psicose cocaínica (paranóia, alucinações e delírios). A estimulação simpática explica a midríase, taquicardia, aumento da PA e constipação. Os efeitos na *Overdose* são convulsões, coma, parada respiratória e morte. Ocorre síndrome de abstinência, após a primeira hora, com irritabilidade e fadiga (*crash*), seguindo-se fissura, depressão e ansiedade.

### 1.1.5. Maconha<sup>11</sup>

A maconha, Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba, Marijuana, Marihiana ou “beck”, já era conhecida há pelo menos 5000 anos sendo utilizada quer para fins medicinais quer para produzir alterações da consciência. Um escrito em nossa língua datado de 1548 faz menção à droga<sup>3</sup> Em decorrência do abuso a planta foi proibida em quase todo o mundo ocidental nos últimos 50 ou 60 anos.

As folhas e flores secas da planta *Cannabis sativa* dão origem à maconha e a pasta de sua seiva dá origem ao haxixe, aproximadamente dez vezes mais potente. O princípio ativo da planta é o THC (tetrahidrocanabinol), que possui propriedades analgésica, hipnótica e espasmolítica.

Estudos demonstram a existência de um *sistema neurotransmissor canabinóide endógeno* que modula outros sistemas, entre eles o dopaminérgico. O THC possui alta

---

<sup>3</sup> “e já ouvi a muitas mulheres que, quando **hião ver algum homem, para estar choquareiras e graciosas a tomavão**”.<sup>10</sup> CEBRID, OBID. Drogas Psicotrópicas: Livreto informativo sobre. São Paulo: Cromosete Gráfica e Editora 2003.)

lipossolubilidade e mimetiza o neurotransmissor endógeno deste sistema, a anandamida, depositando-se inclusive no cérebro

O THC é um alucinógeno perturbador da atividade do SNC. Os efeitos buscados por usuários tanto da maconha como do haxixe são: sensação de calma, relaxamento e bem-estar, acompanhada de aguçamento da percepção sensorial - intensificação dos sons e da visão, que adquirem um caráter fantástico. Além destes, porém, outros efeitos são apresentados: hilaridade, angústia, tremores, sudorese, prejuízo da memória e da atenção, alterações da percepção espacial e temporal, delírio e alucinações. Os olhos ficam avermelhados, a boca seca, o coração dispara e ocorre broncodilatação.

O uso crônico do THC leva a déficit de aprendizado e de memória, diminuição progressiva da motivação – apatia e improdutividade (“síndrome amotivacional”), piora de distúrbios psíquicos preexistentes, bronquites e infertilidade (por redução da quantidade de testosterona). O déficit cognitivo causado pelo uso da maconha é de especial importância na adolescência, sendo relacionado a dificuldades de aprendizagem e a repetência escolar.

Usuários costumam apresentar tolerância que aparece e desaparece rapidamente após pequenas doses.

A síndrome da abstinência, geralmente observada nos usuários diários que interrompem o uso abruptamente, tem intensidade mais fraca que as de outras drogas descritas anteriormente. Seus sintomas são: náusea, agitação psicomotora, irritabilidade, confusão mental, taquicardia e sudorese.

### 1.1.6 Êxtase<sup>11</sup>

Êxtase, de *Ecstasy*, é uma metanfetamina, também conhecida como MDMA ou metilenodioximetanfetamina. Foi sintetizada pela empresa Merck em 1914 com a função de moderador do apetite. Estrutura semelhante ao LSD, atua estimulando sistemas das aminas cerebrais (dopamina, noradrenalina e serotonina). Comercializado na forma de comprimidos, cápsulas ou pó.

Os estudos iniciais da droga foram abandonados em de sua função de baixa utilidade clínica. Ao fim da década de 1970 alguns psiquiatras e psicólogos retornaram a discutir sua utilidade clínica, então como psicoterápico, por acreditarem que a substância desinibiria o paciente, facilitando a comunicação e vínculo entre com o terapeuta.

A droga tornou-se popular na Europa e EUA nos anos 1980 associada à cultura *clubber* ou das discotecas (danceterias) onde é usada “para se soltar”, sentir melhor a música e suportar mais horas dançando. É considerada a ‘mãe’ das club-drugs. Aumenta a auto-percepção e a

autoestima, levando o indivíduo a sentir-se “extasiado”; daí o nome. Chega no Brasil no início de 1990 no rastro da *dance-music*. Droga cara, utilizadas por usuários das classe média e alta, freqüentadores de clubes noturnos e festas *rave*.

A MDMA é uma droga classificada como perturbadora, que tem atividade estimulante e alucinogênica. Logo após sua ingestão ela se distribui pelo organismo, chegando ao cérebro. Sua metabolização é realizada principalmente pelo fígado e, é eliminada através da urina, sendo concluída aproximadamente após dois dias.

A droga apresenta efeitos semelhantes aos estimulantes do sistema nervoso central (agitação), bem como efeitos perturbadores (mudança da percepção da realidade). O êxtase também causa, diminuição do apetite, dilatação das pupilas, aceleração do batimento cardíaco, aumento da temperatura do corpo (hipertermia), rangido de dentes e aumento na secreção do hormônio antidiurético.

O efeito estimulante deve-se à liberação de noradrenalina e dopamina inibindo sua recaptação e degradação enzimática. Estimula o sistema de recompensa cerebral e também aumenta o estado de alerta (ação na formação reticular) deixando o usuário “ligado, aceso, elétrico”, com menos sono e uma sensação de maior energia.

Os efeitos perturbadores podem levar às “Viagens ruins” (*Bad Trips*) semelhantes, porém menos comuns do que no LSD. Muitos usuários relatam efeito depressivo residual nos dias subseqüentes ao uso da droga, além de intenso cansaço e insônia.

Efeito pode durar até oito horas, propiciando grande esforço físico através de horas de dança ininterrupta, provocando aumento considerável da temperatura corporal, podendo chegar 42°C e levando à morte por hipertermia.

O consumo excessivo de água pela hipertermia, associado à inibição do ADH pode levar à intoxicação hídrica, o que contribui significativamente para a letalidade ou risco dano neurológico irreversível durante a reposição salina. Dependendo das características do usuário e do uso (frequência e contexto), pode desencadear problemas psiquiátricos, como quadros esquizofreniformes, pânico e depressão.

O êxtase pode também causar disfunção do sistema imunológico, sendo esse quadro agravado quando usado em associação ao álcool. Há relato de Hepatopatias como hepatite tóxica, aumento de transaminases, ou mesmo hepatite fulminante com falência hepática. Também podem surgir com o uso prolongado problemas cognitivos (memória, aprendizado e atenção).

### 1.1.7 Outras Drogas – “Club Drugs”

Ao longo dos anos foi acrescentado (ilegalmente) em sua composição uma série de substâncias, como MDA, MDEA, metanfetamina, anfetamina, cafeína, efedrina e LSD. Estas associações são usadas para intensificar ou alterar as percepções sensoriais durante festas em clubes e casas noturnas. Tal uso levou a denominação popular de *club drugs*.

LSD, ecstasy e ketamina em associações frequentes a depressores centrais como flunitrazepam ou GHB (gama-hidroxibutirato). Estes últimos atuam estimulando transmissão GABAérgica, inibitória, que serve para contrabalançar os efeitos do LSD e ecstasy. Flunitrazepam faz parte dos benzodiazepínicos já descritos.

GHB, anestésico, provoca inconsciência e amnésia sendo usado em festas *rave* para facilitar estupros dos quais a vítima não se lembra. Existe na forma em pó, mas geralmente é comercializado na forma líquida. Incolor, inodor e com leve sabor salgado, é misturado facilmente a bebidas inclusive água. Também usado IV. VO aparece efeito em 1 minutos com máximo em cerca de 1h podendo durar mais de 24h. Pequenas doses provoca sensação de bem-estar, euforia e autoconfiança (semelhante ao ecstasy), incoordenação motora, inclusive da fala. Doses maiores provoca sedação, náuseas e vômitos. A morte é por insuficiência respiratória. – também conhecido como *ecstasy* líquido.

Dentre os prejuízos provocados pelas drogas, a dependência pode ser considerada um dos mais graves, entretanto, não consiste no único prejuízo. Além dos efeitos observados aguda ou cronicamente em todo o organismo do usuário, também existem consequências familiares e sociais do uso e comercialização dos psicotrópicos. O mercado ilegal destas substâncias tem, num âmbito maior, consequências sócio-econômicas, culturais, familiares e, ao que nos cabe, em termos de Saúde Pública.

Por isso considera-se fundamental a existência de políticas relacionadas ao tema que possibilitem e respaldem ações preventivas na área da Saúde Pública. Ações que concentrem-se, além de no conhecimento dos efeitos orgânicos, nos quadros psicológico, social, do tratamento e do controle de danos decorrente do uso destas substâncias.<sup>14</sup>

## 1.2 A Comunidade e o Projeto de Extensão

Localizada às margens da Baía Norte, na porção Centro-Noroeste da ilha, Santo Antônio de Lisboa foi a primeira freguesia ou núcleo de colonização açoriana da Ilha de Santa Catarina. Fundada em 26 de outubro de 1751, é habitada há mais de dois séculos por imigrantes de diferentes regiões do Brasil e até de outros países como os açorianos – provenientes da ilha dos Açores que originaram os habitantes locais ou, como são chamados, os famosos “manezinhos”.<sup>23</sup>



Hoje a comunidade abriga 6375 habitantes cuja principal atividade é o comércio, além da pesca e do cultivo de ostras e mariscos.<sup>23</sup>

O Centro de Saúde local atende cerca de 2000 famílias cadastradas em sua área de cobertura que abrange Cacupé, Sambaqui e o centro histórico de Santo Antônio de Lisboa, com 282 famílias cadastradas.

Um estudo realizado por SANDRI<sup>5</sup> na comunidade em setembro de 2003 (SANDRI,2004<sup>5</sup>) neste centro avaliou a demanda por atendimentos em saúde mental e prescrição de psicofármacos. Das consultas em que foram detectados sinais de sofrimento mental, 4% relataram uso crônico de ansiolítico ou antidepressivo, 6% uso abusivo de álcool, 32% apresentaram queixas de depressão, 31% de ansiedade e 8% já faziam tratamento para quadro de psicose. É importante notar que grande parcela dos pacientes do grupo analisado tinha a medicação como única terapêutica utilizada, não fazendo ou nunca tendo feito acompanhamento especializado.

Por esta demanda e com o objetivo de discutir o tema e buscar soluções, criou-se em 2003 o “Grupo de Saúde Mental” – de acordo com a idéia do trabalho com grupos do PSF e à filosofia de integralidade na atenção ao indivíduo e a participação ativa da comunidade<sup>24</sup> – que posteriormente veio a ser chamado de “Conselho de Saúde Mental” para não ser confundido com um grupo terapêutico tal como Grupo de Diabéticos ou Hipertensos.

O Conselho de Saúde Mental, coordenado pela Dra. Sandra Sandri, era composto por membros da equipe do Centro de Saúde, representantes da associação da comunidade, convidados de outras comunidades e associações, moradores da região, uma psicóloga, alunos da UFSC e um médico psiquiatra. Em suas reuniões quinzenais abordavam-se diversos assuntos pertinentes ao campo da saúde mental na atenção primária elaborando propostas como o Horto Comunitário, uma escola de informática comunitária e práticas de lazer extra-classe com as crianças sob supervisão de alunos da educação física da UFSC.

Um dos temas polêmicos discutidos nestas reuniões foi o uso de psicofármacos, que acabou por gerar uma intervenção comunitária por um grupo de estudantes de medicina da UFSC sob a orientação do Prof. Dr. Tadeu Lemos, por meio do projeto de extensão: “Uso de Psicofármacos na Comunidade de Santo Antônio de Lisboa: Uma Abordagem Comunitária e Interdisciplinar”.<sup>4</sup> Tinha-se como objetivo inicial o desempenho de ações de cunho informativo e preventivo na comunidade, bem como a capacitação de integrantes da equipe do centro de saúde acerca de saúde mental, especialmente sobre psicofármacos. Dentro das reuniões do Conselho de Saúde Mental, surgiu a proposta de abordar simultaneamente a questão das Drogas de Abuso,

pela preocupação dos integrantes do conselho com a disseminação do uso entre adolescentes e na comunidade em geral.

Dentre as intervenções realizadas pelo projeto de extensão, em função da carência de dados estatísticos sobre o uso de psicofármacos na localidade e com a finalidade de caracterizar o perfil da comunidade neste ponto, realizou-se um levantamento do uso de psicofármacos e drogas de abuso na comunidade. O levantamento foi realizado por meio de visitas domiciliares em que, utilizando um questionário validado pelo CEBRID, avaliou-se o padrão de uso tanto de psicofármacos, como das drogas de abuso em Santo Antônio de Lisboa. Apesar de um receio inicial em avaliar o uso de drogas, o Conselho considerou um retorno importante à comunidade a abordagem desta problemática.

Segundo GOULART<sup>3</sup>, a prevalência do uso de psicofármacos no bairro de Santo Antônio de Lisboa foi de 30,64%, com uso eventual de 9,67% e relato de uso 27% por algum dos familiares. Segundo o autor, a parcela de famílias em que alguém faz psicoterapia é muito inferior à que se teria indicação; significando então, de certa forma, um uso indiscriminado dos psicofármacos.

## **2 OBJETIVOS**

Os objetivos do presente trabalho foram:

1. Estimar a prevalência e conhecer o perfil de consumo de Drogas de Abuso no bairro de Santo Antônio de Lisboa, através da análise de dados coletados em visitas domiciliares.
2. Analisar e refletir sobre o perfil de consumo de Drogas de Abuso naquela localidade considerando a realidade brasileira, a literatura geral.
3. Contribuir para gerar uma política que possibilite o planejamento das ações de saúde pública eficazes para a comunidade em questão.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Casuística**

Foi realizado um estudo transversal descritivo exploratório, no bairro de Santo Antônio de Lisboa, na região norte da ilha de Florianópolis, que possui cerca de 3000 habitantes. Foram entrevistadas 62 pessoas, através de visitas domiciliares.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Participaram do estudo as pessoas com mais de 18 anos, que aceitaram responder às entrevistas.

#### **3.3 Critérios de Exclusão**

As pessoas com menos de 18 anos completos e aqueles que não aceitaram participar do estudo, foram excluídos.

#### **3.4 Procedimentos**

Elaborou-se um questionário como roteiro da entrevista domiciliar baseado no SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) do U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, traduzido adaptado e validado para as condições brasileiras pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.<sup>19</sup>

Os questionários foram aplicados por entrevistadores previamente capacitados pelo orientador do projeto para a abordagem domiciliar e a realização das entrevistas. Para a seleção das famílias a serem entrevistadas, entrou-se em contato com a secretaria de saúde de Florianópolis, onde se obteve cópia do mapa de Santo Antônio de Lisboa. Marcou-se no mapa uma linha, que iniciou no seu ponto superior esquerdo e seguiu margeando as ruas sempre à esquerda. Os quarteirões que estavam no meio do mapa foram marcados no seu ponto superior esquerdo, a partir do qual marcaram-se linhas, sempre à esquerda. Seguindo a linha, aplicava-se a entrevista a uma casa, e pulavam-se 3. No caso de não haver alguém na casa selecionada, escolhia-se a casa seguinte.

O questionário foi aplicado sempre ao primeiro membro da família que atendeu ao entrevistador, desde que fosse maior de idade. Caso fosse menor de idade, o entrevistador

pediria para conversar com alguém com mais de 18 anos, e o questionário seria aplicado à pessoa que comparecesse.

Os dados da pesquisa foram digitados na planilha do Microsoft Excel, onde foram analisados com as ferramentas de filtro e classificação.

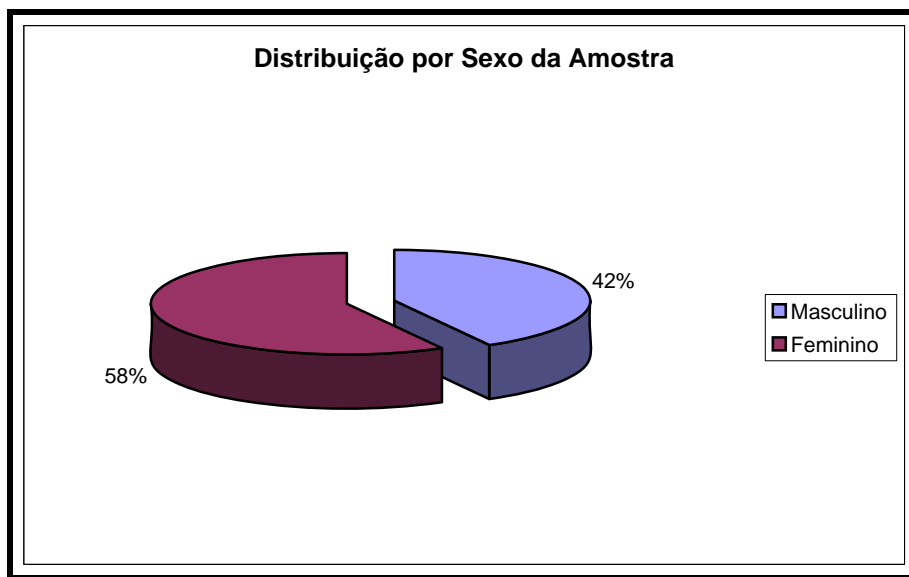
### **3.5 Aspectos Éticos**

Os dados utilizados fazem parte de amostra coletada para o estudo nacional do CEBRID, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), cujo coordenador em Santa Catarina é o orientador deste trabalho.

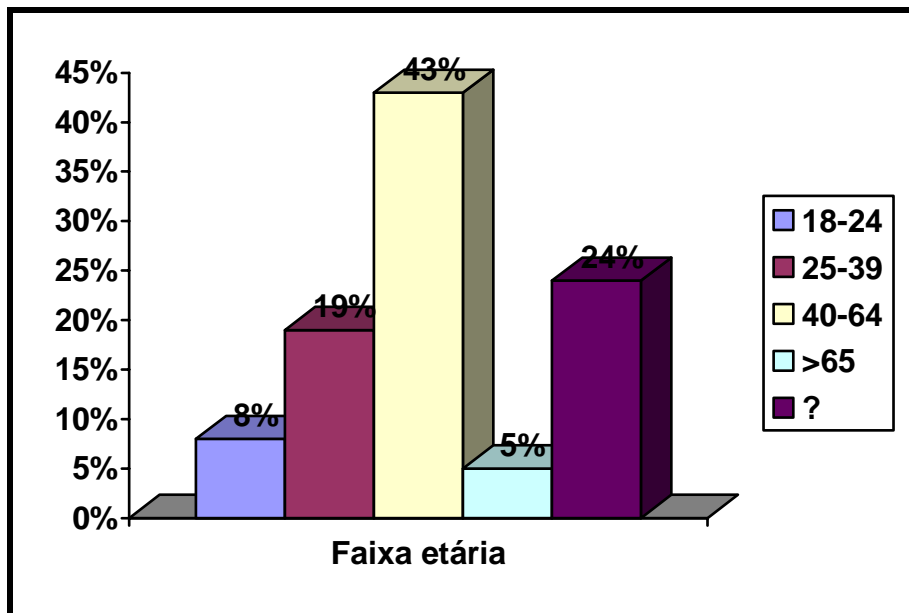
## 4 RESULTADOS

### 4.1 Análise demográfica da amostra

Das 62 entrevistas realizadas houve uma predominância na amostra do sexo feminino, de 58%, contra 42% do sexo masculino (fig. 1). A maioria dos entrevistados estava nas faixas entre 25 e 64 anos, conforme apresentado na figura 2.



**Figura 1** - Distribuição por Gênero na Amostra



**Figura 2** - Distribuição por faixa etária (não se aferiu a idade de 15 entrevistados)

O Grupo étnico predominante foi dos caucasóides, representando 86% da amostra. Quatro entrevistados definiram-se etnicamente como mulatos e outros quatro como negros. Apenas um disse ser índio (fig. 3).

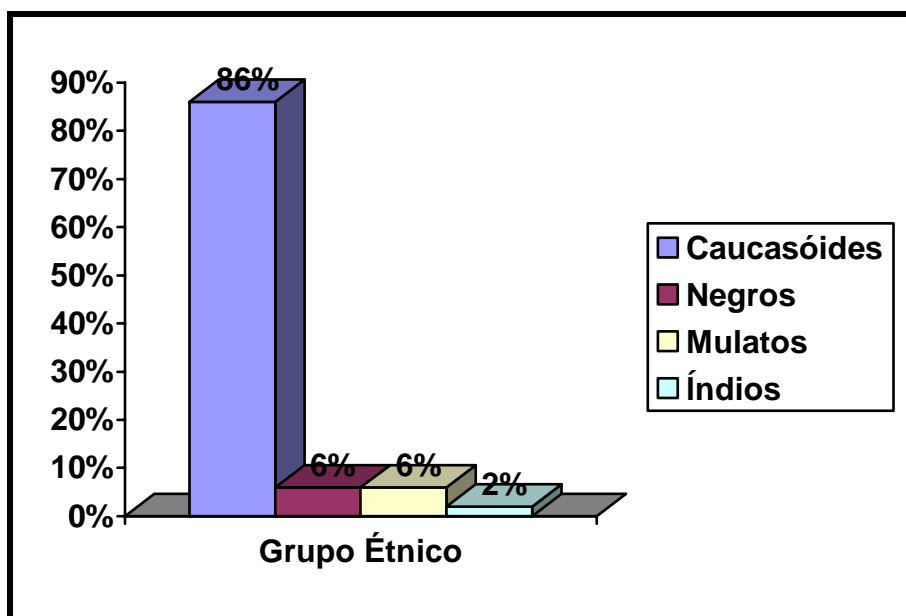


Figura 3 - Distribuição por Grupos étnicos

A maior parte das pessoas, 62%, relataram ser casadas. Encontrou-se um índice de solteiros de 28%, divorciados 8% e de viúvos 2% (fig. 4).

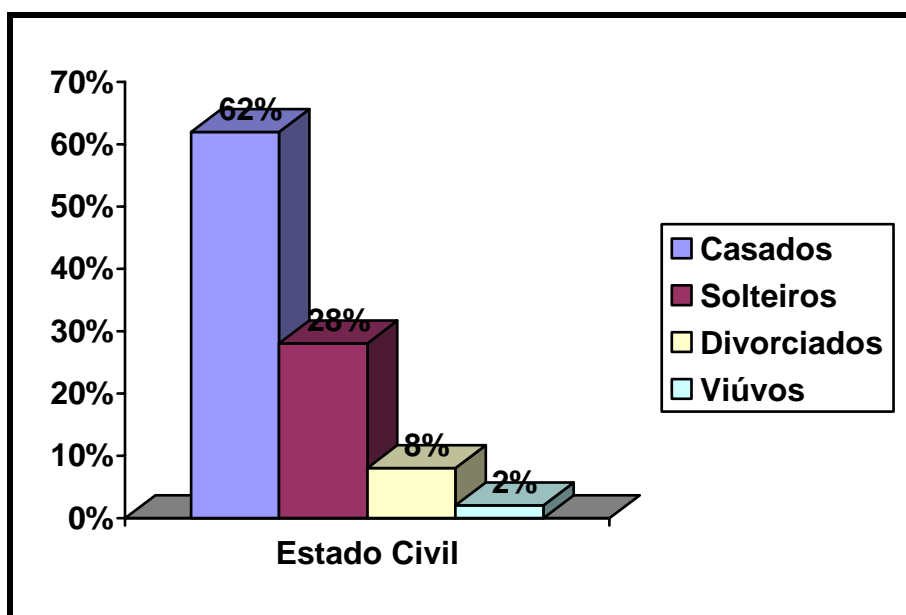


Figura 4 – Estado Civil

A maioria dos entrevistados segue o modelo de vida familiar: 67% afirma viver com familiares e 21% com companheiro ou companheira (fig. 5).

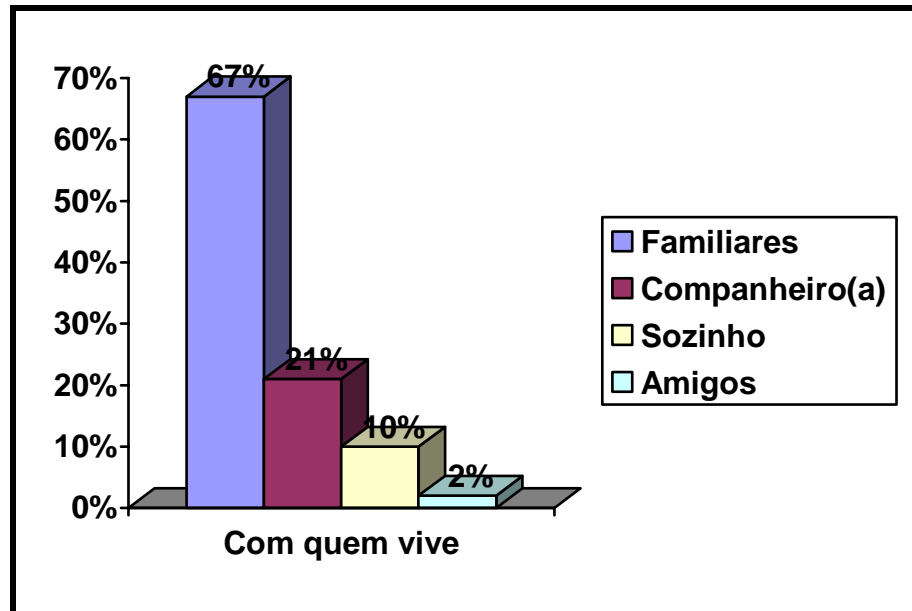


Figura 5 – Com quem vive

A maioria dos entrevistados pertencia ao grupo dos analfabetos e primeiro grau completo (fig 6).

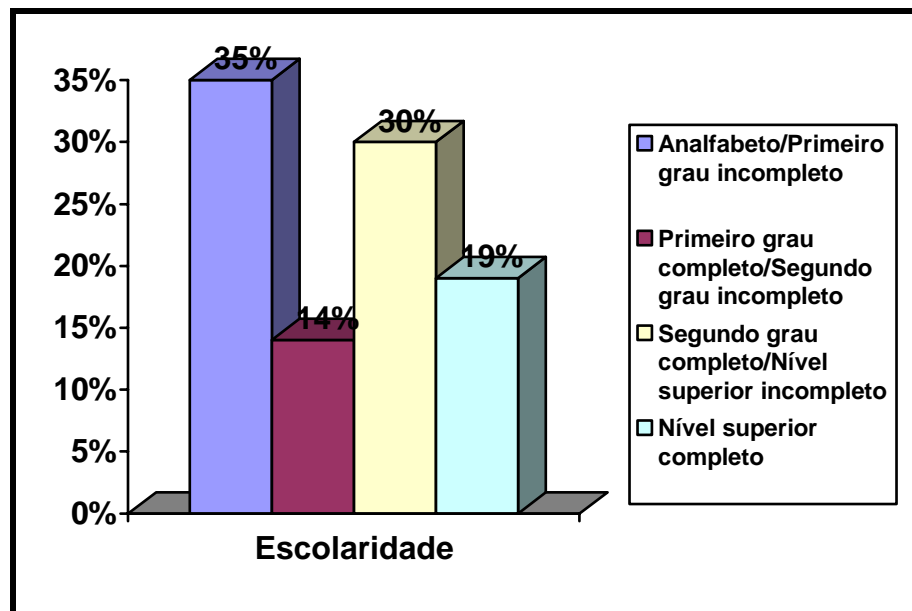


Figura 6 - Escolaridade



As atividades que foram mais citadas pelos entrevistados, apresentadas na figura 7, foram as de prestadores de serviço (30%), do lar (26%) e aposentados (13%).

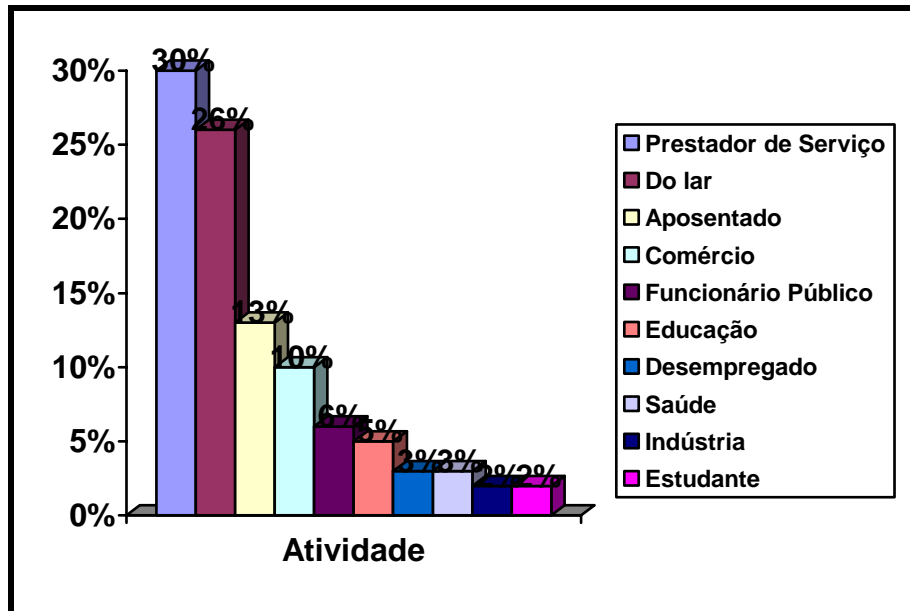


Figura 7 – Atividade

A religião mais referida pelos entrevistados foi a católica, representando 85% do total das entrevistas (fig. 8).

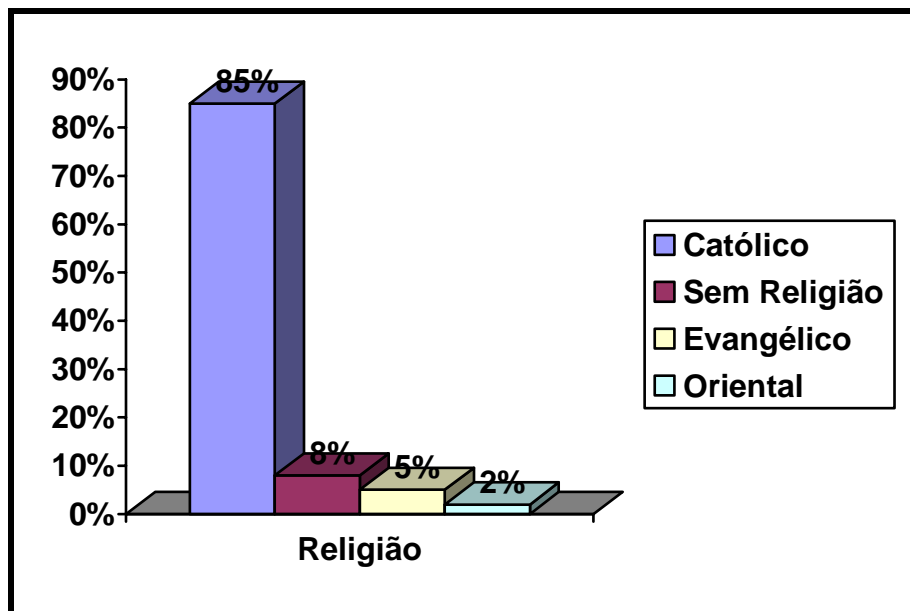
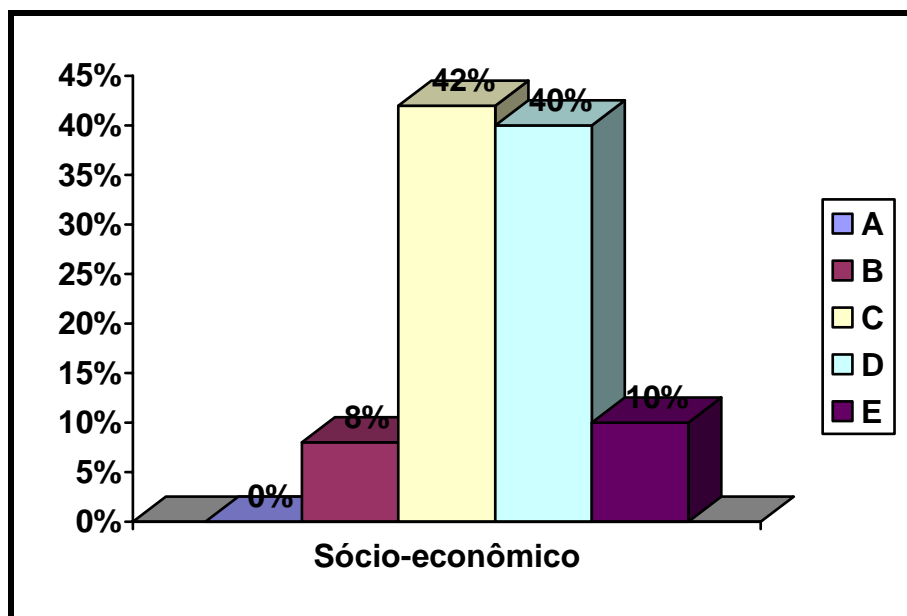


Figura 8 - Religião

Quanto à classificação sócio-econômica, foi baseada na escala da ABIPEME<sup>26</sup>, sendo que a amostra foi dividida em cinco categorias, em que a letra “a” representa a de mais alto

padrão de consumo, e a letra “e”, o mais baixo. Segue abaixo a distribuição dos entrevistados, de acordo com a escala (Figura 9).



**Figura 9** – Classificação Sócio-econômica

#### 4.2 Análise de Drogas de Abuso

Dos 62 entrevistados, 55 (88,71%) fizeram uso na vida de alguma droga lícita ou ilícita conforme a distribuição exposta na Tabelas 1 e 2. Observou-se que todos os usuários de drogas ilícitas estão dentro do grupo de usuários de drogas lícitas e apenas 7 entrevistados (11,29% da amostra) não fizeram uso de nenhuma droga de abuso na vida.

**Tabela 1.** Distribuição do uso de Drogas de Abuso em Geral nas categorias Lícitas e Ilícitas. (n=55)

Drogas em Geral		Drogas Lícitas		Drogas Ilícitas		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	55	88,71	8	12,90	55	88,71
	Não	7	11,29	54	87,10	7	11,29
	Total	62	100,00	62	100,00	62	100,00
Uso no ano	Sim	44	70,97	4	6,45	44	70,97
	Não	18	29,03	58	93,55	18	29,03
	Total	62	100,00	62	100,00	62	100,00
Uso no mês	Sim	36	58,06	2	3,23	36	58,06
	Não	26	41,94	60	96,77	26	41,94
	Total	62	100,00	62	100,00	62	100,00
Uso Frequente	Sim	12	19,35	1	1,61	12	19,35
	Não	50	80,65	61	98,39	50	80,65
	Total	62	100,00	62	100,00	62	100,00

Tabela 2. Distribuição do uso de Drogas de Abuso por Grupo. (n=55)

Droga de abuso	Uso na Vida	%	Uso no Ano	%	Uso no Mês	%	Uso Frequente	%
Bebidas Alccólicas	53	96,36	40	72,73	33	60,00	11	20,00
Tabaco	40	72,73	17	30,91	14	25,45	3	5,45
Solventes	7	12,73	4	7,27	1	1,82	0	0,00
Maconha	4	7,27	1	1,82	1	1,82	1	1,82
Cocaína	1	1,82	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>44</b>	<b>80,00</b>	<b>36</b>	<b>65,45</b>	<b>12</b>	<b>21,82</b>

O uso na vida de Drogas de Abuso em Geral ocorreu em 100% dos indivíduos do sexo masculino; apesar do número de mulheres entrevistadas ter sido discretamente superior. O uso frequente entre os homens foi três vezes superior ao encontrado nas mulheres. (Tabela 3)

Tabela 3. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionada ao sexo.

Uso de Drogas de Abuso		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Uso na vida	Sim	26	100,00	29	80,56	55	88,71
	Não	0	0,00	7	19,44	7	11,29
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>
Uso no ano	Sim	23	88,46	21	58,33	44	70,97
	Não	3	11,54	15	41,67	18	29,03
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>
Uso no mês	Sim	20	76,92	16	44,44	36	58,06
	Não	6	23,08	20	55,56	26	41,94
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>
Uso Frequente	Sim	9	34,62	3	8,33	12	19,35
	Não	17	65,38	33	91,67	50	80,65
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>

Apenas 5 pessoas da faixa etária entre 40-64 anos e 2 pessoas sem idade definida não fizeram uso na vida de alguma Droga de Abuso. Os grupos etários de idade definida com maiores proporções de uso em todos os períodos foram o dos adultos (25-39 anos) e idosos (40-64).

Uma fração da amostra não teve a idade aferida (registrada na coluna à direita do Total) e o maior número absoluto de usuários encontrava-se na faixa entre 40 e 64 anos (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à idade

Uso de Drogas de Abuso		Idade (em anos)										Sem idade definida	
		18-24		25-39		40-64		>65		Total			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	5	100,00	12	100,00	21	80,77	4	100,00	42	67,74	13	86,67
	Não	0	0,00	0	0,00	5	19,23	0	0,00	5	8,06	2	13,33
	TOTAL	5	100,00	12	100,00	26	100,00	4	100,00	47	75,81	15	100,00
Uso no ano	Sim	5	100,00	9	75,00	16	61,54	3	75,00	33	53,23	11	73,33
	Não	0	0,00	3	25,00	10	38,46	1	25,00	14	22,58	4	26,67
	TOTAL	5	100,00	12	100,00	26	100,00	4	100,00	47	75,81	15	100,00
Uso no mês	Sim	3	60,00	8	66,67	13	50,00	2	50,00	26	41,94	10	66,67
	Não	2	40,00	4	33,33	13	50,00	2	50,00	21	33,87	5	33,33
	TOTAL	5	100,00	12	100,00	26	100,00	4	100,00	47	75,81	15	100,00
Uso Frequente	Sim	1	20,00	3	25,00	6	23,08	1	25,00	11	17,74	12	80,00
	Não	4	80,00	9	75,00	20	76,92	3	75,00	36	58,06	3	20,00
	TOTAL	5	100,00	12	100,00	26	100,00	4	100,00	47	75,81	15	100,00

A grande maioria da amostra pertenceu ao grupo dos Caucasoídes mas, excetuando-se o único indivíduo Indígena, as maiores proporções de uso de Drogas de Abuso ocorreram no grupo dos Mulatos (Tabela 5).

Tabela 5. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado ao grupo étnico

Uso de Drogas de Abuso		Grupo Étnico								Total	
		Negros		Mulatos		Caucasóides		Índios			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	3	75,00	4	100,00	47	88,68	1	100,00	55	88,71
	Não	1	25,00	0	0,00	6	11,32	0	0,00	7	11,29
	TOTAL	4	100,00	4	100,00	53	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso no ano	Sim	1	25,00	3	75,00	39	73,58	1	100,00	44	70,97
	Não	3	75,00	1	25,00	14	26,42	0	0,00	18	29,03
	TOTAL	4	100,00	4	100,00	53	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso no mês	Sim	0	0,00	3	75,00	32	60,38	1	100,00	36	58,06
	Não	4	100,00	1	25,00	21	39,62	0	0,00	26	41,94
	TOTAL	4	100,00	4	100,00	53	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso Frequente	Sim	0	0,00	1	25,00	10	18,87	1	100,00	12	19,35
	Não	4	100,00	3	75,00	43	81,13	0	0,00	50	80,65
	TOTAL	4	100,00	4	100,00	53	100,00	1	100,00	62	100,00

A maior proporção de uso freqüente de Drogas de Abuso foi encontrada no grupo dos Divorciados que, porém, apresentou n oito vezes menor do que o grupo de casados (Tabela 6).

**Tabela 6. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado ao estado civil.**

Uso de Drogas de Abuso		Estado civil								Total	
		Casado		Divorciado/ Desquitado		Solteiro		Viúvo			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	34	85,00	5	100,00	16	100,00	0	0,00	55	88,71
	Não	6	15,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	7	11,29
	TOTAL	40	100,00	5	100,00	16	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso no ano	Sim	26	65,00	4	80,00	14	87,50	0	0,00	44	70,97
	Não	14	35,00	1	20,00	2	12,50	1	100,00	18	29,03
	TOTAL	40	100,00	5	100,00	16	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso no mês	Sim	22	55,00	3	60,00	11	68,75	0	0,00	36	58,06
	Não	18	45,00	2	40,00	5	31,25	1	100,00	26	41,94
	TOTAL	40	100,00	5	100,00	16	100,00	1	100,00	62	100,00
Uso Frequente	Sim	6	15,00	2	40,00	4	25,00	0	0,00	12	19,35
	Não	34	85,00	3	60,00	12	75,00	1	100,00	50	80,65
	TOTAL	40	100,00	5	100,00	16	100,00	1	100,00	62	100,00

A proporção de usuários de Drogas de abuso encontrada no grupo de entrevistados que vivem sozinhos foi superior, com um uso freqüente de 50% (Tabela 7).

**Tabela 7. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado às pessoas com quem se vive.**

Uso de Drogas de Abuso		Com quem vive								Total	
		Familiares		Sozinho		Companheiro(a)		Colega/amigos			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	35	83,33	6	100	13	100	1	100	55	88,71
	Não	7	16,67	0	0	0	0	0	0	7	11,29
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100
Uso no ano	Sim	27	64,29	6	100	10	76,92	1	100	44	70,97
	Não	15	35,71	0	0	3	23,08	0	0	18	29,03
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100
Uso no mês	Sim	21	50	6	100	9	69,23	0	0	36	58,06
	Não	21	50	0	0	4	30,77	1	100	26	41,94
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100
Uso Frequente	Sim	5	11,9	3	50	4	30,77	0	0	12	19,35
	Não	37	88,1	3	50	9	69,23	1	100	50	80,65
	TOTAL	42	100	6	100	13	100	1	100	62	100

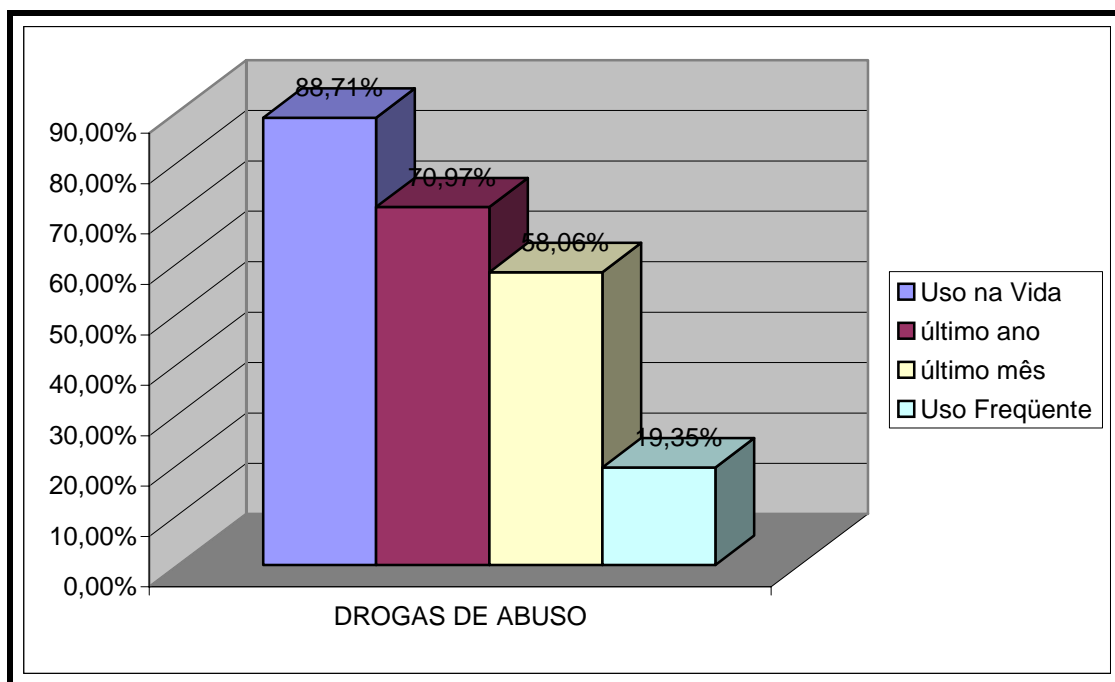
Os entrevistados que apresentavam maiores níveis de escolaridade (a partir do 1º grau completo) apresentaram maior proporção de uso na vida, no ano e no mês. Porém, o uso freqüente entre os analfabetos foi numérica e proporcionalmente superior aos demais grupos (Tabela 8).

**Tabela 8. Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à escolaridade.**

Uso de Drogas de Abuso		Escolaridade								Total	
		Analfabeto/1º grau incompleto		1º grau completo		2º grau completo		Nível Superior completo			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso na vida	Sim	16	72,73	8	88,89	19	100,00	12	100,00	55	88,71
	Não	6	27,27	1	11,11	0	0,00	0	0,00	7	11,29
	TOTAL	22	100,00	9	100,00	19	100,00	12	100,00	62	100,00
Uso no ano	Sim	10	45,45	8	88,89	15	78,95	11	91,67	44	70,97
	Não	12	54,55	1	11,11	4	21,05	1	8,33	18	29,03
	TOTAL	22	100,00	9	100,00	19	100,00	12	100,00	62	100,00
Uso no mês	Sim	9	40,91	5	55,56	13	68,42	9	75,00	36	58,06
	Não	13	59,09	4	44,44	6	31,58	3	25,00	26	41,94
	TOTAL	22	100,00	9	100,00	19	100,00	12	100,00	62	100,00
Uso Frequente	Sim	5	22,73	2	22,22	3	15,79	2	16,67	12	19,35
	Não	17	77,27	7	77,78	16	84,21	10	83,33	50	80,65
	TOTAL	22	100,00	9	100,00	19	100,00	12	100,00	62	100,00

Dos indivíduos entrevistados, a média de uso de diferentes drogas na vida foi de 3,16 por pessoa. Dos indivíduos que já fizeram uso de alguma droga ilícita na vida, houve uso na vida de pelo menos 3 drogas (lícitas ou ilícitas) subindo a média inicial para 6,00 diferentes substâncias na vida, 3,5 no último ano e 2,75 no último mês.

As Classes B e C apresentaram as maiores proporções de uso na vida, no ano e no mês; a Classe D, entretanto, apresentou uso freqüente quatro vezes superior à classe B (Tabela 9) (Figura 11).

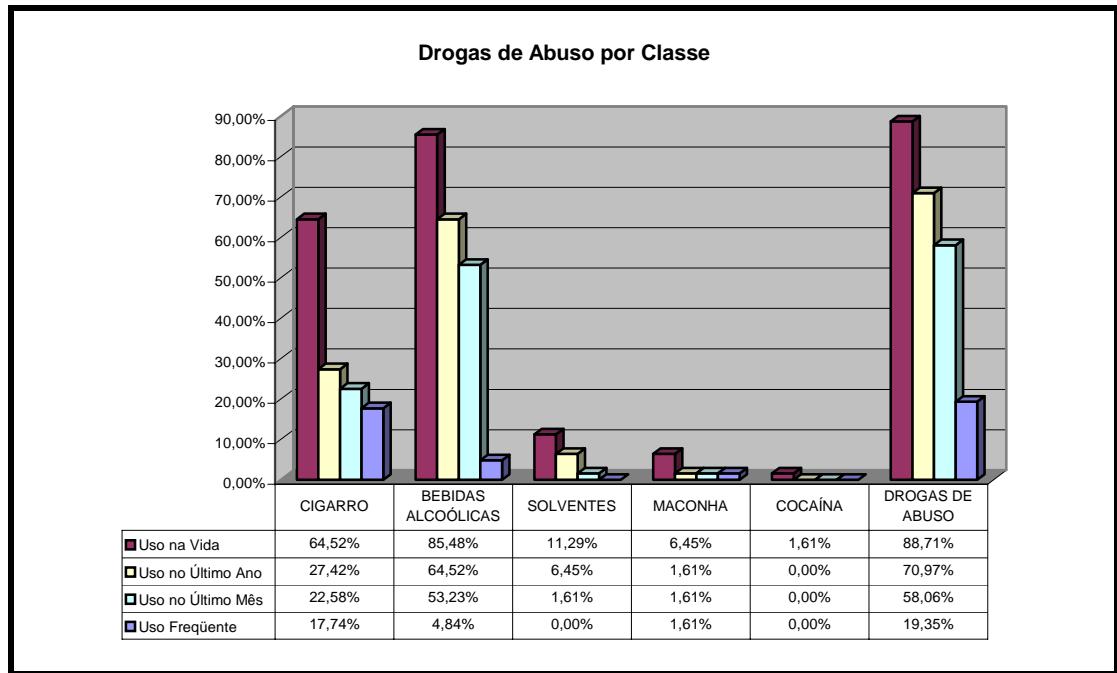


**Figura 10** – Uso de Drogas de Abuso

**Tabela 9.** Avaliação do uso de Drogas de Abuso relacionado à classe social

Uso de Drogas de Abuso		Classe Social										Total	
		A		B		C		D		E		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Uso na vida					100,0								
	Sim	0	-	5	0	25	96,15	20	80,00	5	83,33	55	
	Não	0	-	0	0,00	1	3,85	5	20,00	1	16,67	7	
	TOTAL	0	-	5	0	26	100,00	25	100,00	6	0	62	
Uso no ano					100,0								
	Sim	0	-	5	0	21	80,77	15	60,00	3	50,00	44	
	Não	0	-	0	0,00	5	19,23	10	40,00	3	50,00	18	
	TOTAL	0	-	5	0	26	100,00	25	100,00	6	0	62	
Uso no mês					100,0								
	Sim	0	-	4	80,00	16	61,54	13	52,00	3	50,00	36	
	Não	0	-	1	20,00	10	38,46	12	48,00	3	50,00	26	
	TOTAL	0	-	5	0	26	100,00	25	100,00	6	0	62	
Uso Frequent					100,0								
	Sim	0	-	0	0,00	2	7,69	8	32,00	2	33,33	12	
	Não	0	-	5	0	24	92,31	17	68,00	4	66,67	50	
	TOTAL	0	-	5	0	26	100,00	25	100,00	6	0	62	

As drogas mais prevalentes foram cigarro e álcool. Dos alcoolistas frequentes (n=3), a única droga ilícita de uso na vida relatado foi a maconha. Já entre os tabagistas frequentes (n=11) e alcoolistas moderadamente frequentes (4 a 19 dias, n = 18 ou 54,55% dos usuários de álcool no último mês), a maconha empata com os solventes.



**Figura 11 – Distribuição das Drogas de Abuso por Classe**

Dos 40 entrevistados que já experimentaram cigarro na vida, 17 (42,50%) usaram de um ano para cá (ou fizeram uso no ano), 15 (37,50%) de um mês para cá, 11 (27,5%) uso frequente (Tabela 10).

**Tabela 10. Avaliação do uso de cigarros relacionado à amostra (n=62) e fumantes nos diferentes períodos.**

	CIGARRO (n=40)	n	amostra	fumantes	de um mês pra cá
<b>Período</b>	Uso na vida	40	64,52		
	Um ano para cá	17	27,42	42,50	
	Mês para cá	14	24,19	37,50	81,82
<b>Frequência</b>	todos os dias ou quase todos (+de 20dias)	11	17,74	27,50	73,33
	alguns dias (4 a 19 dias)	1	1,61	2,50	6,67
	poucos dias (1 a 3 dias)	2	3,23	5,00	13,33
	menos de 10	5	8,06	12,50	33,33
<b>Quantidade</b>	10 a 20	6	9,68	15,00	40,00
	21 a 40	3	4,84	7,50	20,00
	mais de 40	0	0,00	0,00	0,00



Dos entrevistados que fizeram uso freqüente de cigarro (n=11), 9 (81,82%) fumaram entre 10 e 20 cigarros, 2 (18,18%) fumaram entre 21 e 40 cigarros ou o equivalente a duas carteiras. Apenas 5 pessoas fumavam menos de 10 cigarros por dia. Vale ressaltar que, como já exposto, os indivíduos que fumaram no último mês são os mesmos que fumaram de um ano pra cá. Portanto, o padrão de uso sugere um aumento da freqüência sugestiva de adição.

Quanto ao uso de álcool, 51 pessoas (82,26%) fizeram uso na vida, 40 (64,52%) há um ano, 34 (54,84%) no último mês e 3 (4,84%) todos ou quase todos os dias do último mês, 18 pessoas (29,03%) fizeram uso de 4 a 19 dias, e 13 pessoas (20,9%) fizeram uso de 1 a 3 dias (Tabela 11).

**Tabela 11. Avaliação do uso de álcool relacionado à amostra (n=62).**

<b>Uso de álcool</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Percentual da amostra (n=62)</b>
Na Vida	51	82,26
Último ano	40	64,52
Último mês	34	54,84
Todos os dias ou quase todos (20 dias ou +)	3	4,84
Alguns dias (4 a 19 dias)	18	29,03
Poucos dias (1 a 3 dias)	13	20,97

O uso das bebidas alcoólicas entrevistadas nominadas em relação aos períodos aparece na Tabela 12.

**Tabela 12. Avaliação do uso de bebidas alcoólicas relacionadas à amostra. (n=62)**

<b>Uso de álcool</b>	<b>n</b>	<b>Uso na vida</b>	<b>n</b>	<b>Uso no ano</b>	<b>n</b>	<b>Uso no mês</b>
Cerveja	50	80,65	34	54,84	29	46,77
Vinho	45	72,58	29	46,77	18	29,03
Pinga	28	45,16	14	22,58	10	16,13
Destilados	13	20,97	6	9,68	4	6,45
TOTAL	51	82,26	40	64,52	34	54,84

Quanto ao uso de solventes, ocorreram 7 relatos de uso de algum destes na vida: 1 cola, 2 loló, 6 lança, 1 thinner, 1 benzina, 1 outro solvente. Apenas lança perfume foi usado no último

ano (4) e no último mês (1). . Um único indivíduo relatou uso recreacional de cinco diferentes tipos de solventes na vida (Tabela 13).

**Tabela 13. Avaliação do uso de solventes relacionados à amostra.**

<b>Uso de solventes por tipo</b>	<b>Na Vida</b>	<b>n</b>	<b>No Ano</b>	<b>n</b>	<b>Último mês</b>	<b>n</b>
Cola	1,61	1	0,00	0	0,00	0
Esmalte	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Loló	3,23	2	0,00	0	0,00	0
Lança	9,68	6	6,45	4	1,61	1
Thinner	1,61	1	0,00	0	0,00	0
Benzina	1,61	1	0,00	0	0,00	0
Outro solvente	1,61	1	0,00	0	0,00	0
<b>TOTAL</b>	<b>11,29</b>	<b>7</b>	<b>6,45</b>	<b>0</b>	<b>1,61</b>	<b>0</b>

Quanto ao uso de maconha e/ou haxixe, houve 4 relatos sendo que 1 deles também fez uso de haxixe na vida. Este mesmo indivíduo relatou continuidade do uso no último ano e/ou mês. (Tabela 14)

**Tabela 14. Avaliação do uso de maconha/haxixe relacionados à amostra. (n=62)**

	<b>n</b>	<b>Uso na vida</b>	<b>n</b>	<b>Uso no Ano</b>	<b>n</b>	<b>Uso no Mês</b>
Maconha	4	6,45	1	1,61	1	1,61
Haxixe	1	1,61	-	-	-	-

#### **4.3 Análise dos efeitos de Droga de Abuso no indivíduo ou na família**

Não houve registro quanto ao que cada indivíduo sentia ou deixava de sentir ao usar alguma droga de abuso.

Quatro pessoas (6,45% dos entrevistados), do sexo masculino, relatam ter andado pelas ruas sem cuidado com risco de ser atropelado, por exemplo. Uma delas foi roubada, 2 mantiveram relações sexuais sem preservativo. Destas, todas usaram álcool na vida (4 cerveja, 4 vinho e 3 pinga), sendo que duas delas usaram álcool frequentemente (representando 66% dos alcoolistas frequentes). Todas estas quatro pessoas já fizeram uso de cigarro na vida, sendo três delas usuários frequentes. Uma delas experimentou na vida diversos solventes (cola, loló, lança, thinner, benzina) tendo usado lança-perfume no último ano – esta mesma pessoa relatou uso na

vida de 12 variedades de drogas, fugindo um pouco da amostra. Duas pessoas usaram na vida maconha; uma, haxixe; uma, cocaína. Todas mantiveram algum padrão (maior ou menor) de uso nos últimos tempos sendo três delas usuárias frequentes de alguma droga; uma de cigarro e álcool e outra de cigarro e maconha. Todas foram categorizadas no nível socioeconômico “c” da ABIPEME, sendo duas do nível “e”.

Dos que usam atualmente alguma droga ilícita, 1 acha legal, gostoso, divertido; 1 porque é fácil conseguir e para relaxar. Este último refere que deixou de utilizar alguma outra droga ilícita porque a família é contra, por medo da polícia, por causa da saúde e por medo de viciar.

Das demais pessoas que deixaram de usar *alguma* droga ilícita ou nunca usou alguma outra, os motivos relatados estão na Tabela 15.

**Tabela 15. Motivos porque parou de usar ou nunca usou alguma droga ilícita (n=8)**

<b>Motivo alegado</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Percentual da amostra (n=62)</b>
não sei	0	0,00%
família é contra	1	12,50%
amigo namorado contra	0	0,00%
por causa da religião	0	0,00%
por medo da polícia	1	12,50%
por causa da saúde	4	50,00%
medo de viciar	2	25,00%
usou e passou mal	1	12,50%
não tem interesse	1	12,50%
não necessita	0	0,00%
educação/moral	0	0,00%
difícil acesso	0	0,00%
faz mal	0	0,00%
Outro	2	25,00%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

Nota: o total é diferente das partes pelo fato da soma não ser binomial.

Os motivos relatados para tal pelas 54 pessoas que nunca fizeram uso de drogas ilícitas encontram-se na Tabela 16.

**Tabela 16. Motivos porque nunca usou droga ilícita (n=54)**

<b>Motivo alegado</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Percentual da amostra (n=62)</b>
não sei	3	5,56%
família é contra	5	9,26%
amigo namorado contra	0	0,00%
por causa da religião	2	3,70%
por medo da polícia	1	1,85%
por causa da saúde	20	37,04%
medo de viciar	8	14,81%
usou e passou mal	0	0,00%
não tem interesse	17	31,48%
não necessita	3	5,56%
educação/moral	6	11,11%
difícil acesso	2	3,70%
faz mal	5	9,26%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00%</b>

## 5 DISCUSSÃO

A escolha da região central do Bairro - microárea de Santo Antônio de Lisboa propriamente dita - para a realização da pesquisa baseou-se no dado subjetivo de que as demais microáreas eram “homogeneamente contrastantes” entre si e não representariam a população. Uma era, como um todo, demasiado pobre e outra demasiado rica, encontrando-se na região central uma heterogeneidade de padrões; fato verificado durante a aplicação das entrevistas.

Observa-se ainda que esta heterogeneidade da amostra, apesar de dificultar significativamente o tratamento estatístico impossibilitando expansões para a população, acaba por representar mais adequadamente a população em relação à multiplicidade de questões abordadas.

O levantamento dos dados isolados de consumo numa população mais específica (e, portanto, homogênea) concentraria os resultados em maiores prevalências. Da mesma forma, os levantamentos domiciliares acabam por diluir estes dados, podendo refletir uma maior amplitude de padrões que consideramos neste caso representativa.<sup>22, 25</sup>

O predomínio do sexo feminino na amostra de indivíduos entrevistados, reflete uma tendência encontrada em outros estudos<sup>26</sup> e que ainda se agrava dentro da microárea na faixa etária estudada. É importante ressaltar que no Bairro de Santo Antônio de Lisboa há uma maior proporção de mulheres na faixa etária estudada (8,43% entre 20 e 49 anos e 10,15% entre os 50 e 59 anos)

A predominância do grupo dos caucasóides também foi encontrada em outros estudos deste tipo<sup>26</sup> refletindo em grande parte a distribuição étnica da região sul e a forte influência da ocupação açoriano-portuguesa no bairro.

A predominância da religião católica é compatível com as bases etno-culturais da população estudada.

A proporção de indivíduos casados parece resultar, em grande parte, da distribuição etária da amostra (43% entre 40 e 59 anos). Considerando que a grande maioria dos entrevistados Isso faz ressaltar a importância da família como fator protetor.

Houve um grande número de indivíduos analfabetos. O hiato presente entre o primeiro e o quarto grupos reflete sua distribuição etária, bem como a grande heterogeneidade da amostra.

Um ponto de análise interessante é relacionar o nível socioeconômico à escolaridade: 54% dos analfabetos encontram-se na classe D, enquanto que 44% dos indivíduos com 2º grau completo encontraram-se na classe C e outros 38% na classe D.

Os entrevistados que apresentavam maiores níveis de escolaridade (a partir do 1º grau completo) apresentaram maior proporção de uso na vida, no ano e no mês. Porém, o uso freqüente entre os analfabetos foi numérica e proporcionalmente superior aos demais grupos.

As Classes B e C apresentaram as maiores proporções de uso na vida, no ano e no mês; a Classe D, entretanto, apresentou uso freqüente quatro vezes superior à classe B.

Este tipo de informação vai ao encontro de observações relacionadas ao uso de drogas de abuso nos países em desenvolvimento como o Brasil. Apesar do uso ser às vezes baixo, quando comparado a outros países mais desenvolvidos, os problemas sociais, pessoais e de saúde relacionados às drogas são muitos.<sup>14</sup>

Considera-se, a partir disso, que os problemas sociais e pessoais não só como uma consequência do uso abusivo de drogas, mas primeiro como *importante fator de risco*.

Por exemplo: o IML (Instituto Médico Legal) de São Paulo constatou que o álcool aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas.<sup>14</sup> Isolando estas vítimas como uma fração significativa da população geral expostas ao evento *morte violenta*; percebeu-se que o uso de álcool *pode ou não* ter funcionado como desencadeante do evento, mas certamente foi um fator associado.

Uma conclusão alternativa a este dado é a seguinte: “das vítimas expostas ao evento (morte violenta), fração significativa fizera uso de álcool prévio”; logo, a violência (onde quer que ocorra) está significativamente associada ao álcool. Em outras palavras, de uma população exposta ao fator *violência* em suas mortes, grande fração fizera uso prévio de álcool; consistindo assim a violência um importante fator associado ao uso de álcool em momentos anteriores ao evento que sucede ao óbito.

Isso não exime o álcool de ser importantíssimo agravo nestes e em outros eventos – sendo inclusive fator *responsável* por cerca de 60% dos acidentes de trânsito<sup>14</sup> –; basta pensar que entre os abstêmios o índice de morte violenta é menor... Mas por outro lado, dá uma caracterização dos eventos violentos que se sucederam ao óbito e, além disso, do grupo das *vítimas* dos óbitos e do fato (ou talvez hábito culturalmente difundido) de associar o álcool a eventos violentos.

Esta interpretação poderia explicar a maior proporção de problemas sociais, pessoais e de saúde – inclusive mentais – relacionados às drogas em países como o Brasil em que o uso apresenta-se muito inferior a outros países mais desenvolvidos economicamente, com perfil

cultural (e de utilização destas substâncias) diferente, ou ainda com uma população menor. Assim, a maior proporção de problemas sociais poderia ser não exatamente uma fator agravador do uso, mas uma *característica* de uma população que tende, talvez culturalmente, a associar o uso de drogas de abuso aos problemas sociais e ou individuais.

Tal raciocínio aplica-se às afirmações que acompanham as tabelas 8 e 9 (títulos): observa-se uma tendência maior ao *uso freqüente* de drogas de abuso nos grupos de menor escolaridade e menor nível socioeconômico. Logo, nestas frações da amostra, o uso freqüente pode consistir numa característica, ou *perfil de uso*, passível de uma intervenção positiva. Procura-se diminuir o agravamento de eventuais problemas associados a este perfil como a *tolerância*, *dependência* e o próprio *abuso de drogas*. Desta forma, alterações da condição sócio-cultural, a longo prazo, talvez funcionariam como atenuadores / fatores protetores.<sup>14</sup>

### 5.1. Sobre o Uso de Drogas

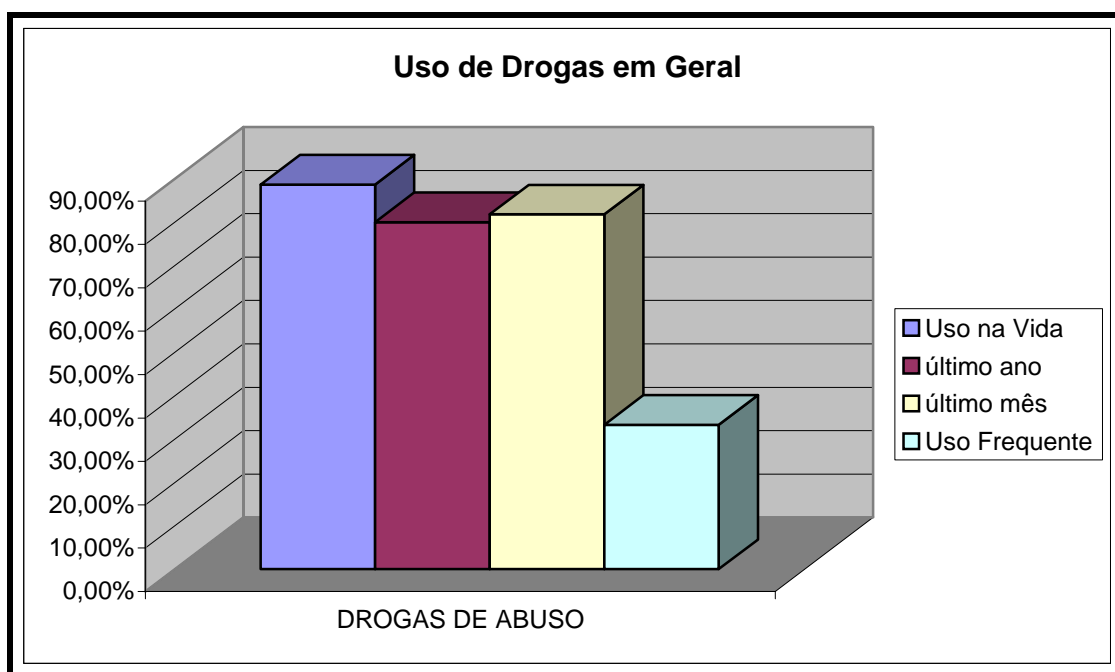
O referencial mais adequado para avaliação da freqüência de uso de álcool deve levar em conta o percentual dos que já fizeram uso da bebida ou em relação ao período anterior.

Por uma questão lógica é importante notar que o uso das drogas de abuso no último mês corresponde necessariamente ao uso pelo menos das *mesmas drogas* no último ano ou na vida. Por exemplo, o indivíduo poderia ter usado solvente pela primeira vez no último mês, e negar o uso desta droga no último ano? A resposta lógica a esta pergunta é *não*, pois o último mês está contido no último ano e assim sucessivamente.

Foram corrigidas as duas (3,23%) inconsistências decorrentes da interpretação errônea da pergunta pela resposta hipotética: “Fiz o primeiro uso no último mês, mas durante o resto do ano ou da vida nunca tinha experimentado antes”. Logo pôde-se relacionar nos gráficos e tabelas seguinte o uso no período mais recente como fração do uso num período maior.

Tal ilustração pode ser julgada importante para avaliar o uso freqüente, e a tendência à recorrência no uso de certas drogas.

Assim pode-se observar que após o uso no ano, há uma discreta tendência à recorrência do uso de drogas em geral no último mês (figura 12).



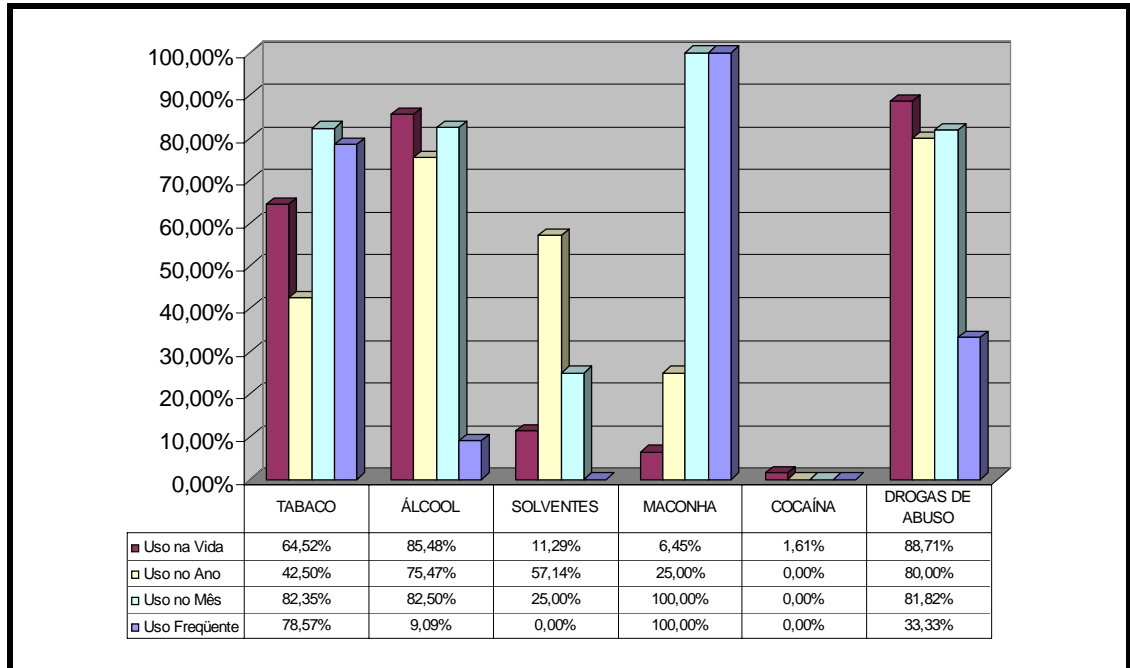
**Figura 12** – Uso de Drogas em Geral relacionado ao período anterior.

Esta tendência pode mostrar-se mais ou menos significativa conforme a classe e o tipo de droga utilizada.

A apresentação da figura 13 nos permite concluir também que o uso de maconha aumenta de forma importante após o uso na vida; assim como o uso de cigarro do último ano para o último mês. O uso de Drogas de Abuso nos demais períodos seguiu a seguinte distribuição:

Pelos dados obtidos em relação ao tabagismo, a chance de recidiva entre os que fumaram cigarro alguma vez na vida e os que experimentaram ou fizeram uso no último ano é de apenas 42,5%. Porém, dos que experimentaram ou fumaram no último ano, 88,24% experimentaram/recidivaram no último mês e, destes, 73,33% o fizeram todos ou quase todos os dias (mais de 20 dias) neste mês – ou, pior, cronicamente (vide Tabela 10).





**Figura 13** – Uso de Drogas de Abuso por Classe em relação ao período anterior

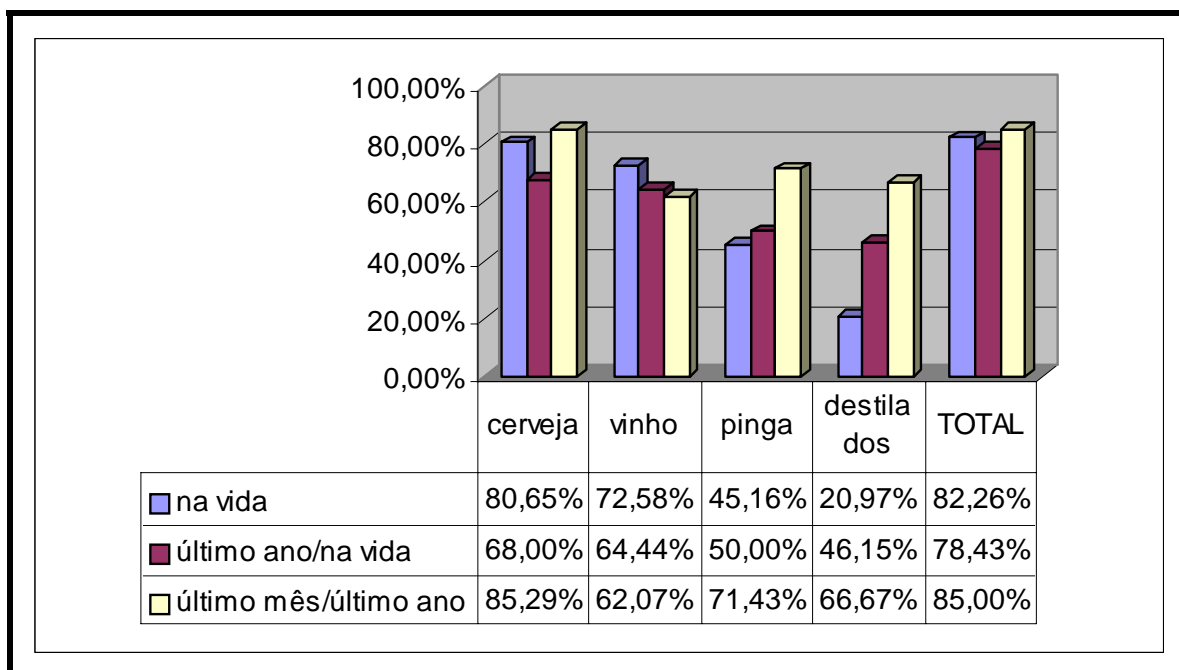
Foi observada uma média de uso de álcool nos três primeiros períodos (vida, ano e mês) de de 67,74%, que diminui para 52,01% quando consideramos a população que admitiu uso frequente.

Se 51 pessoas usaram álcool na vida e 40 no último ano, 78,43% dos que já experimentaram/beberam fizeram uso de álcool no último ano; e, destes, 85% o fizeram também no último mês. Importante notar então que, dos 34 que fizeram uso no último mês, 8,82% beberam todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais), 52,94% usaram por alguns dias (4 a 19 dias) e 38,24% o fizeram por poucos dias (de 1 a 3 dias). O uso moderado portanto parece ser o mais admitido entre os entrevistados.

Da mesma forma, a figura 13 poderia ser corrigida considerando-se a percentagem de recidiva de cada bebida específica (figura 14).

Pode-se notar assim, que o uso de pinga e destilados ocorreu em proporções cada vez maiores da amostra, sugerindo talvez uma maior tendência a gerar dependência em relação a outras bebidas.

Podemos observar que 66,67% (4) dos que fizeram uso de lança perfume na vida (6) o fizeram no último ano e, destes, 25% no último mês. Importante observar que um mesmo indivíduo foi responsável pela grande variedade de uso de solventes na vida (variedade) modificando então o total de usuários para apenas 3 indivíduos!



**Figura 14** – Uso de Bebidas Alcoólicas em relação ao período anterior.

## 5.2 Efeitos de Droga de Abuso no Indivíduo ou na Família

Os efeitos próprios de cada droga conforme a literatura podem ser observados na seção específica sobre drogas. Os relatos pessoais obtidos durante as entrevistas em relação aos sintomas apresentados por cada usuário, bem como outros aspectos subjetivos obtidos nas entrevistas foram particularmente enriquecedores e caberiam num novo estudo qualitativo, mas não foram registrados. O projeto de extensão realizado concomitantemente beneficiou-se de tais informações.

Quanto ao risco de dano físico que os indivíduos se expuseram após o uso de drogas, o principal foi o de andar pelas ruas sem cuidado. Não foi explicitado qual o meio de transporte pelo qual os entrevistados “andaram” bêbados, por exemplo. Nota-se que 66% dos alcoolistas freqüentes expuseram-se a tal risco, se relacionado ao trânsito; proporção compatível com outros estudos maiores<sup>14, 26</sup>. A associação entre alcoolismo no último mês e tabagismo freqüente, ocorreu em 75% dos indivíduos expostos ao risco de andar pelas ruas sem cuidado.

O principal motivo pelos quais os usuários de droga ilícita relataram o abandono ou o não-uso de alguma droga foi a saúde (50%). Entre os que nunca usaram drogas ilícitas, os principais motivos foram a saúde (37,04%) seguida pela ausência de interesse no uso (31,48%) e pelo medo de viciar (14,81%). Estes e outros fatores protetores poderiam ser utilizados como foco de intervenções nesta comunidade.

## 6 CONCLUSÕES

1. A prevalência do uso de drogas de abuso (lícitas e ilícitas) na amostra obtida da região central da Comunidade de Santo Antônio de Lisboa foi de 88,71% na vida, 70,97% no ano e 58,06% no mês com uso freqüente de 19,35%.
2. A prevalência do uso de drogas de abuso ilícitas na amostra obtida foi de 12,90% na vida, 6,45% no ano e 3,23% no mês com uso freqüente de 1,61% .
3. Entre os usuários (88,71%), a droga de maior uso na vida, no ano e no mês foi o álcool (96,36% - 75,47% - 82,50%) seguida pelo tabaco (72,73% - 42,50% - 82,35%).
4. Entre as drogas ilícitas, a classe de drogas de maior uso em todos os períodos foi a dos solventes.
5. As drogas com tendência à recidiva *em todos os períodos* foram maconha e álcool (pinga e destilados).
6. As drogas de maior uso freqüente em relação ao período anterior foram a maconha (100,00%) e o cigarro (78,57%)
7. Os principais fatores de proteção encontrados nesta comunidade foram “a saúde”, “a ausência de interesse no uso” e “o medo de viciar”.
8. A epidemiologia do uso de drogas de abuso em Santo Antônio de Lisboa segue de maneira geral as tendências dos dados de outros estudos brasileiros e internacionais relatados na literatura científica.
9. Contudo, o entendimento das particularidades e heterogeneidade da população em estudo possibilitam melhor definição de políticas públicas e ações de saúde na minimização dos potenciais danos decorrentes do uso das drogas de abuso nesta comunidade.
10. Enfatiza-se a importância da saúde mental no que tange ao uso de drogas de abuso ser abordada de maneira individualizada associada à uma conscientização dos riscos à saúde física, mental e social.
11. A diminuição dos problemas sociais pode consistir, a longo prazo, em importante medida de controle dos danos agravados pelo uso de drogas de abuso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira P, Ferreira F. Conceitos Fundamentais de Dependência às Drogas. In: Cataldo AN, Gauer GJC, Furtado NR, eds. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS 2003:331-6.
2. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O Tratamento do Alcoolismo. 3 ed. Porto Alegre, RS ARTMED 1999.
3. Goulart R, Lemos T. Estudo do uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
4. More A, Geiser D, Oliveira G, Guerini M, Goulart R, Lemos T. Uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa: uma abordagem comunitária e interdisciplinar. *Revista Extensio*. 2005 Maio (2);1:8.
5. Sandri S. Saúde mental na perspectiva da atenção básica em Santo Antônio de Lisboa. *Dynamis Revista Tecno-Científica*. 2004;12(47):58-66.
6. Toscano AJ. Um Breve Histórico Sobre o Uso de Drogas. In: Seibel S, Toscano AJ, eds. *Dependência de Drogas*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu 2001:7-23.
7. Michelot D, Melendez-Howell LM. Amanita muscaria: chemistry, biology, toxicology, and ethnomycology. *Mycological research*. 2003 Feb;107(Pt 2):131-46.
8. Wohlberg J. Haoma-Soma in the world of ancient Greece. *Journal of psychoactive drugs*. 1990 Jul-Sep;22(3):333-42.
9. Classics revisited. Uber Coca. By Sigmund Freud. *Journal of substance abuse treatment*. 1984;1(3):206-17.
10. CEBRID, OBID. Drogas Psicotrópicas: Livreto informativo sobre. São Paulo: Cromosete Gráfica e Editora 2003.
11. Lemos T, Zaleski M. As principais drogas: como elas agem e quais os seus efeitos. In: (Org.) IPMAB, ed. *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto 2004:16-30.
12. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia*. 4 ed: Guanabara Koogan 2001.
13. Association WH. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. World Health Association 2004.
14. SENAD SNA. *Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas*. Brasília: Lagoa Editora 2004.

15. Laranjeira R, (Coord.) et al. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira 2003.
16. Bertolote JM. Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados. Porto Alegre: Artes Médicas 1997.
17. Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão. 8 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo 2000.
18. DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed 2002.
19. CEBRID. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas:UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2002.
20. Stranges S WT, Dorn JM, Freudenhein JL. Muti P, Farinaro E, Russel M, Nochaiski TH, Trevisan M. Relationship of alcohol drinking pattern to risc of hypertension: a population-based study. Hypertension. 2004;23:265-7.
21. White IR AD, NAnchanal K. Alcohol consupntion and mortality: modelling risks for men and women at different ages. BMJ. 2002;325:191.
22. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) 1997.
23. Saúde SMd. Características Ambientais Físicas e Geográficas. [homepage na Internet] Maio 20 [cited 2007 c1999-2007]; Available from: [http://www.pmf.sc.gov.br/index.php?link=perfil&sublink=fisico\\_geog](http://www.pmf.sc.gov.br/index.php?link=perfil&sublink=fisico_geog)
24. Freitas FIA, pg. 107) Trabalho Com Grupos em Atenção Primária. *Manual de Terapêutica; Assistência à Família*. Florianópolis: ACM 2007:107.
25. Motta VT, Wagner MB. Bioestatística. São Paulo: Robe Editorial 2003.
26. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas:UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2002.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº        /200        , aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em        de        de 2006 .

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO UTILIZADO DURANTE AS ENTREVISTAS.

### Identificação

- 1) **Grupo Étnico:**
  - ☐ Caucasóides
  - ☐ Negros
  - ☐ Mulatos
  - ☐ Asiáticos
  - ☐ Índios
- 2) **Estado civil atual referido:**
  - ☐ Solteiro(a)
  - ☐ Casado(a)
  - ☐ Viúvo(a)
  - ☐ Desquitado/Divorciado(a)
- 3) **Com quem vive:**
  - ☐ Sozinho(a)
  - ☐ Companheiro(a)
  - ☐ Familiares
  - ☐ Colegas/amigos(as)
  - ☐ Outros: \_\_\_\_\_
- 4) **Escolaridade:**
  - ☐ Analfabeto/primeiro grau incompleto
  - ☐ Primeiro grau completo
  - ☐ Segundo grau incompleto
  - ☐ Segundo grau completo
  - ☐ Superior incompleto
  - ☐ Superior completo
  - ☐ Pós-graduado
- 5) **Qual é a sua atividade atual?** \_\_\_\_\_
- 6) **Religião:**
  - ☐ Não tem
  - ☐ Católica
  - ☐ Espírita
  - ☐ Afro-brasileira
  - ☐ Judaica
  - ☐ Evangélicas/Protestantes
  - ☐ Orientais/budismo
  - ☐ Outras: \_\_\_\_\_
- 7) **Na sua casa tem:**
  - a) **Televisão?**
    - ☐ Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - b) **Rádio?**
    - ☐ Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - c) **Aspirador de pó**
    - ☐ Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - d) **Banheiro com água encanada?**
    - ☐ Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - e) **Máquina de lavar roupas?**
    - ☐ Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - f) **Automóvel?**
    - ☐ Sim. Quantos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.
  - g) **Empregado(a) trabalho diário?**
    - ☐ Sim. Quantas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
    - ☐ Não.

### Psicofármacos

- 1) **Já usou algum medicamento controlado (destes que precisam de receita especial, retida na farmácia) que tenha sido receitado para você?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim. Quais? \_\_\_\_\_
  - 1.1) **O seu médico lhe orientou sobre os efeitos/riscos dessa medicação?**
    - ☐ Não.
    - ☐ Sim. Quais são? \_\_\_\_\_
  - 1.2) **Qual a especialidade do médico que lhe receitou esta medicação?** \_\_\_\_\_
- 2) **Já usou algum medicamento controlado (destes que precisa de receita especial, retida na farmácia) que NÃO tenha sido receitado para você?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim. Quais? \_\_\_\_\_
  - 2.1) **Como conseguiu adquirir o medicamento acima?**
    - ☐ Já tinha em casa.
    - ☐ Ganhou de amigo ou parente.
    - ☐ Comprou na farmácia.
    - ☐ Outra forma. Qual? \_\_\_\_\_
  - 2.2) **Porque usou?**
    - ☐ Sentia-se doente. O que sentia? \_\_\_\_\_

- ☐ Curiosidade.
- ☐ Outro motivo. Qual? \_\_\_\_\_

- 3) **Com que frequência usa esse(s) medicamento(s)?**
  - ☐ Diariamente.
  - ☐ Semanalmente.
  - ☐ Mensalmente. (pelo menos uma vez)
  - ☐ Eventualmente (não usa todo mês).
  - ☐ Não usou no último ano.
- 4) **Acha que melhorou?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim.
- 5) **Teve alguma reação desagradável?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 6) **Usaria novamente?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim.
- 7) **O fato de você usar este tipo de medicação de alguma forma interferiu no seu relacionamento (convívio) familiar?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim. Como? \_\_\_\_\_
- 8) **Alguém na sua casa usa esse tipo de medicamento?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Sim. Quem? \_\_\_\_\_
  - 8.1) **Esta pessoa usa o medicamento com receita?**
    - ☐ Sim, com receita.
    - ☐ Não, sem receita.
    - ☐ Não sabe.
  - 8.2) **O fato de esta pessoa usar este tipo de medicação de alguma forma interfere no relacionamento (convívio) familiar?**
    - ☐ Não.
    - ☐ Sim. Como? \_\_\_\_\_
- 9) **Você ou alguém da família faz algum outro tipo de tratamento para doença ou transtorno do sistema nervoso (depressão, ansiedade, nervosismo, insônia, etc.)?**
  - ☐ Não.
  - ☐ Psicoterapia
  - ☐ Homeopatia
  - ☐ Outras terapias. Qual? \_\_\_\_\_

### Drogas

- 1) **Qual(is) das seguintes substâncias você já experimentou na sua vida? (Mais de uma resposta)**
  - Tabaco**
    - ☐ Cigarro comum
  - Álcool**
    - ☐ Cerveja
    - ☐ Vinho
    - ☐ Pinga
    - ☐ Outra bebida alcoólica. Qual(is)? \_\_\_\_\_
  - Solventes**
    - ☐ Cola
    - ☐ Esmalte
    - ☐ Loíó
    - ☐ Lança
    - ☐ Thinner
    - ☐ Benzina
    - ☐ Outro solvente. Qual? (is) \_\_\_\_\_
  - Maconha**
    - ☐ Maconha
    - ☐ Haxixe
  - Cocaína**
    - ☐ Cocaína (pó, farinha) cheirada
    - ☐ Cocaína (pó, farinha) injetada
    - ☐ Merla
    - ☐ Crack
    - ☐ Outra droga derivada da coca. Qual? (is) \_\_\_\_\_
  - Outras**
    - ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_
    - ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### A. CIGARRO COMUM

- 1) **De um ano para cá você fumou cigarro?**
  - ☐ Sim.
  - ☐ Não.
- 2) **De um mês para cá você fumou cigarro?**
  - ☐ Sim.
  - ☐ Não.
- 3) **De um mês para cá, quantos dias você fumou cigarro?**
  - ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)
  - ☐ Alguns dias (4 a 19 dias)
  - ☐ Poucos dias (1 a 3 dias)

- 4) De um mês para cá, quantos cigarros, mais ou menos, você fumou / dia?  
\_\_\_\_\_ cigarros.

#### B. BEBIDAS ALCÓOLICAS

- 5) De um ano para cá você tomou alguma dessas bebidas?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cerveja  
☐ Vinho  
☐ Pinga  
☐ Outra bebida alcoólica. Qual(is)? \_\_\_\_\_
- 6) De um mês para cá você tomou alguma dessas bebidas?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cerveja  
☐ Vinho  
☐ Pinga  
☐ Outra bebida alcoólica. Qual(is)? \_\_\_\_\_
- 7) De um mês para cá, quantos dias você tomou alguma dessas bebidas?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
☐ Alguns dias (4 a 19 dias)  
☐ Poucos dias (1 a 3 dias)

#### C. SOLVENTES e INALANTES

- 8) De um ano para cá você cheirou alguma dessas substâncias?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cola  
☐ Esmalte  
☐ Loló  
☐ Lança  
☐ Thinner  
☐ Benzina  
☐ Outros solventes. Quais? \_\_\_\_\_
- 9) De um mês para cá você cheirou alguma dessas substâncias?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cola  
☐ Esmalte  
☐ Loló  
☐ Lança  
☐ Thinner  
☐ Benzina  
☐ Outros solventes. Quais? \_\_\_\_\_
- 10) De um mês para cá, quantos dias você cheirou alguma dessas substâncias?
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
☐ Alguns dias (4 a 19 dias)  
☐ Poucos dias (1 a 3 dias)

#### D. MACONHA

- 11) De um ano para cá você fumou maconha?
- ☐ Sim.  
☐ Não.
- 12) De um mês para cá você fumou maconha?
- ☐ Sim.  
☐ Não.
- 13) De um mês para cá, quantos dias você fumou maconha?
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
☐ Alguns dias (4 a 19 dias)  
☐ Poucos dias (1 a 3 dias)
- 14) Usou maconha misturada com alguma outra coisa (nesse mês)?
- ☐ Sim.  
☐ Não.
- 15) Com o quê? \_\_\_\_\_
- 16) Qual o nome da mistura? \_\_\_\_\_

#### E. COCAÍNA, CRACK ou MERLA

- 17) De um ano para cá você usou alguma dessas substâncias?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cocaína cheirada  
☐ Cocaína injetada  
☐ Merla  
☐ Crack  
☐ Outra: \_\_\_\_\_
- 18) De um mês para cá você usou alguma dessas substâncias?  
(Mais de uma resposta)
- ☐ Não  
☐ Cocaína cheirada

- ☐ Cocaína injetada  
☐ Merla  
☐ Crack  
☐ Outra: \_\_\_\_\_

- 19) De um mês para cá, quantos dias você usou alguma dessas substâncias?

- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
☐ Alguns dias (4 a 19 dias)  
☐ Poucos dias (1 a 3 dias)

#### F. OUTRA DROGA

- 20) Como era essa droga que você usa ou usou?
- ☐ Remédio em comprimido ou cápsula (pedrinha)  
☐ Remédio em xarope (melado)  
☐ Remédio líquido de gota  
☐ Remédio líquido que injeta na veia  
☐ Cigarro  
☐ Chá  
☐ Outros: \_\_\_\_\_
- 21) De um ano para cá você a usou?
- ☐ Sim.  
☐ Não.
- 22) De um mês para cá você a usou?
- ☐ Sim.  
☐ Não.
- 23) De um mês para cá, quantos dias você a usou?
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
☐ Alguns dias (4 a 19 dias)  
☐ Poucos dias (1 a 3 dias)
- 24) O que sente/deixa de sentir quando usa?
- De bom: \_\_\_\_\_
- De ruim: \_\_\_\_\_

(Depois que usou bebidas alcólicas ou outras drogas se arriscou de alguma forma?)

- 25) Andou pelas ruas sem cuidado, por exemplo, com risco de ser atropelado(a)?

- ☐ Sim.  
☐ Não.  
☐ Não lembra.

- 26) Foi roubado/ roubar?

- ☐ Sim.  
☐ Não.  
☐ Não lembra.

- 27) Transou sem camisinha?

- ☐ Sim.  
☐ Não.  
☐ Não lembra.

(Retomar a entrevista para todos, inclusive para quem não tenha usado drogas.)

- 28) USA atualmente pelo menos uma droga (ilícita). Por que motivo você usa? (Mais de uma resposta).

- ☐ Não sei  
☐ Acha legal, gostoso, divertido  
☐ Para se sentir mais solto (desinibido)  
☐ Para se sentir mais forte, poderoso, corajoso  
☐ Porque é fácil conseguir  
☐ Porque os amigos usam  
☐ Para esquecer a fome, frio  
☐ Para esquecer a tristeza, (coisas ruins)  
☐ Outro. Qual?

- 29) Usava e NÃO USA MAIS nenhuma droga (ilícita) atualmente. Por qual motivo parou de usar? (Mais de uma resposta)

- ☐ Não sei  
☐ Família é contra  
☐ Amigos, namorado(a) são contra  
☐ Por causa da religião  
☐ Por medo da polícia  
☐ Por causa da saúde  
☐ Medo de viciar  
☐ Usou e passou mal  
☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

- 30) NUNCA USOU qualquer droga (ilícita). Por qual motivo nunca usou? (Mais de uma resposta)

- ☐ Não sei  
☐ Família é contra  
☐ Amigos, namorado(a) são contra  
☐ Por causa da religião  
☐ Por medo da polícia  
☐ Por causa da saúde  
☐ Medo de viciar  
☐ Usou e passou mal  
☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_